

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

COMMENT ON DIAGNOSTIQUE UN ANÉVRISME
DE L'AORTE

Par J. GAREL,

Médecin honoraire des hôpitaux, médecin de l'hôpital Saint-Luc (1).

La question du diagnostic des anévrismes de l'aorte est des plus intéressantes. Elle a une importance capitale. C'est un devoir pour le médecin de prévenir la famille du malade de la gravité de la situation, puisque cette affection peut se terminer brusquement à plus ou moins brève échéance.

Les laryngologistes sont, sans contredit, mieux placés que quiconque pour faire le diagnostic des anévrismes de l'aorte, car c'est par la constatation d'une paralysie d'une corde vocale qu'ils sont conduits à rechercher cette affection.

La découverte de la radioscopie nous a fait faire un pas immense à cet égard. Avant elle, le clinicien appliqué à la recherche de l'anévrisme, à cause de l'existence d'une laryngoplégie, n'arrivait pas toujours à porter un diagnostic certain. Nombreux sont encore les cas où l'on trouve à l'autopsie des anévrismes dont on n'a jamais soupçonné l'existence. A côté de quelques cas dans lesquels cliniquement l'hésitation n'était pas permise, en raison de la coïncidence d'un certain nombre de signes pathognomoniques, il existait des cas où la laryngoplégie ne s'accompagnait que d'un ou deux signes de valeur contestable en dehors de tout contrôle radioscopique.

Aujourd'hui la radioscopie a ouvert au diagnostic une voie

(1) Communication faite à la Société nationale de médecine de Lyon, 17 décembre 1906.

nouvelle, il suffit d'avoir constaté un simple signe d'orientation clinique tel que : paralysie d'une corde vocale, toux de compression, battements du larynx, signe d'Oliver, etc., pour que la radioscopie transforme notre hypothèse en certitude. C'est l'autopsie anticipée sur le vivant.

Pendant la période préradioscopique, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique privée, il m'a été donné de rencontrer un certain nombre d'anévrismes de l'aorte diagnostiqués par une paralysie d'une corde vocale ou par une toux de compression. Depuis la découverte de la radioscopie, le nombre d'anévrismes que j'observe a pour ainsi dire décuplé. Dans les six dernières années que je viens de passer à l'Hôtel-Dieu, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Destôt, me former à la méthode radioscopique. Nous avons ensemble passé à l'écran tous les malades chez lesquels on pouvait soupçonner un anévrisme et nous avons reconnu que cette lésion était assez fréquente. Dans ces dernières années, en comptant les cas observés par le Dr Destôt dans les divers hôpitaux de Lyon, et ceux de notre pratique privée, nous arrivions à une quarantaine de cas par an. Le cliché banal des journaux : *mort de la rupture d'un anévrisme* est donc plus vrai qu'on ne le suppose ordinairement.

La radioscopie, on le voit, est un moyen de recherche clinique de tout premier ordre. Elle ne fait pas le diagnostic, elle le confirme quand on vient lui demander la solution d'un problème posé par la constatation de quelques signes spéciaux. Aussi je n'ai pu résister au désir de posséder chez moi un appareil radioscopique afin de me permettre de contrôler de suite et de consolider un diagnostic hypothétique. Je ne puis assez dire combien cet appareil m'a rendu de services pour l'étude des diverses lésions du médiastin.

Toutefois la radioscopie n'est pas une méthode qui doit s'appliquer aveuglément à tous les cas. Il est indispensable que tout praticien se familiarise d'abord avec les quelques symptômes primordiaux dont la constatation réclame impérieusement la radioscopie.

En 1903, j'ai fait étudier par mon élève, le Dr Hau, dans sa thèse inaugurale, tous les signes ou symptômes de l'anévrisme de l'aorte. Cette étude très complète fait bien ressortir la valeur

relative de chacun d'eux. Aujourd'hui je veux simplement insister sur les signes principaux que le clinicien doit connaître pour entrer dans la voie d'un diagnostic précis. Je vais décrire quelques types cliniques qui se présentent ordinairement chez les laryngologistes, mais qui peuvent aussi avoir recours aux médecins non spécialisés.

I. ANÉVRISME RÉVÉLÉ PAR UNE LARYNGOPLÉGIE. — Un malade vient consulter un médecin pour une altération marquée de la voix. Si l'on y prête attention, cette voix, pour une oreille exercée, a un caractère particulier, elle est bitonale. Cette voix provient de l'inégalité des vibrations des deux cordes vocales, l'une d'elles étant paralysée. Il en résulte quelque chose d'analogue à ce que l'on appelle en acoustique des *battements*. A certains moments, la voix octave, on croirait entendre simultanément des sons de basse et de fausset.

Si l'on demande au malade comment est survenu ce trouble vocal, en le priant de bien préciser, il répond presque invariablement qu'il s'est produit brusquement tel jour, à telle heure. J'insiste beaucoup sur ce détail qui est, à mon avis, caractéristique d'une laryngoplégie. La paralysie du récurrent, en effet, se produit subitement à l'occasion d'une émotion, d'une quinte de toux, d'un mouvement, d'un effort. C'est, si je puis m'exprimer ainsi, une sorte d'*apoplexie* de la corde vocale.

Une fois la paralysie d'une corde reconnue soit au timbre, soit au miroir, il faut aussitôt chercher si elle est due à une lésion intra ou extrathoracique. C'est là un diagnostic souvent fort long à établir. Cependant assez fréquemment le miroir laryngé nous donne de suite la clé du problème. S'il existe un anévrisme, on constatera le plus souvent sur le larynx des pulsations légères ou trémulations synchronisées avec le cœur. Elles ne sont appréciables que lorsque le larynx est au repos dans la position inspiratoire, elles sont plus faciles à saisir sur le bord de l'épiglotte. Si maintenant on examine le malade debout dans la position de Killian, qui permet de voir jusqu'à la bifurcation, on voit la trachée battre dans toute la hauteur et non plus seulement en bas de la trachée vers la naissance de la bronche gauche.

Maintenant en possession de ces deux signes : laryngoplégie



et battements du larynx, nous faisons renverser la tête du malade en arrière et nous soulevons le bord inférieur du cricoïde en le saisissant entre le pouce et l'index, nous le relevons assez fortement de bas en haut en cherchant à le maintenir dans une position fixe, nous sentons alors nos doigts entraînés de haut en bas par de fortes secousses rythmées résultant des chocs imprimés par le sac aortique sur l'arbre trachéo-bronchique. C'est ce que l'on désigne sous le nom de *signe d'Oliver*.

Il n'en faut pas davantage pour nous faire soupçonner l'existence d'un anévrisme de l'aorte. La radioscopie s'impose alors, elle indique sur l'écran l'ombre caractéristique, arrondie, siégeant dans la région sus-cardiaque et présentant des pulsations plus ou moins évidentes, Notre hypothèse devient alors une certitude.

Libre à nous de nous livrer alors à la recherche d'autres signes complémentaires : battements à jour frisant sur le thorax, différence des pulsations radiales, inégalité des pupilles, douleurs thoraciques, toux, oppression, auscultation du cœur, etc., etc... C'est là un cortège de preuves superflues à l'appui d'un diagnostic déjà certain.

Exceptionnellement on peut rencontrer une paralysie de la corde vocale droite ou même une paralysie bilatérale. Tout cela dépend de la situation exacte de l'anévrisme et de son développement par rapport aux nerfs récurrents.

Tel est le type clinique par lequel se révèle le plus ordinairement un anévrisme aortique. Passons à l'étude d'un autre type non moins intéressant.

II. ANÉVRISME RÉVÉLÉ PAR LA TOUX DE COMPRESSION. — La toux de chien, sonore, rauque, profonde, à laquelle j'ai donné le nom de *toux de compression*, est souvent, comme la paralysie du larynx, le premier signe révélateur de l'ectasie aortique. Elle est d'une constatation plus facile que la laryngoplégie et ne réclame l'emploi d'aucun instrument. En outre, elle a, sur la paralysie du récurrent, l'avantage de ne pas entraîner le clinicien dans ses recherches au delà de la région médiastinale ou de la partie inférieure du cou. Si, comme on le voit fréquemment, elle coïncide avec une laryngoplégie, elle démontre

que cette dernière ne peut être que de cause intrathoracique.

Cette toux à timbre si caractéristique a été fort bien étudiée par un de mes élèves, M. Varay (*Thèse de Lyon, 1902*). Elle indique très nettement que les conduits trachéo-bronchiques sont rétrécis sur un point déterminé. La sténose par compression peut tenir à diverses causes et plus spécialement, dans l'enfance, à l'adénopathie trachéo-bronchique. Mais si cette toux survient pour la première fois chez un malade à l'âge moyen de la vie, on doit songer aussitôt à une lésion organique du médiastin et tout spécialement à l'anévrisme aortique. Joignez à cela une laryngoplégie, le signe d'Oliver, quelques battements à jour frisant, radioscopez le thorax et votre diagnostic est terminé. Ce ne peut être plus simple.

Je vais citer un exemple au hasard parmi mes nombreuses observations. Il y a dix-huit mois, au moment où j'ouvrais la porte de mon cabinet de consultation, j'entends dans ma salle d'attente une forte toux de compression. Le malade entre dans mon cabinet et me présente une lettre d'un confrère, praticien de grande valeur. La lettre m'annonçait un malade atteint de tuberculose laryngée. Mais la toux de compression que j'avais entendue devait diriger mes recherches immédiatement du côté du médiastin. La raucité de la voix était plutôt de la bitonalité, et à l'examen il y avait, au lieu d'une lésion tuberculeuse, une paralysie de la corde vocale gauche. Comme preuve complémentaire ajoutons le signe d'Oliver, des battements à jour frisant, une inégalité des pupilles, des douleurs dans l'épaule gauche et enfin un énorme anévrisme sur l'écran radioscopique. Un an plus tard, le malade mourait subitement sur la Côte d'azur.

Autre exemple bien concluant encore. Un jeune candidat de nos hôpitaux entre un jour dans un service à la recherche de diagnostics à faire. On pense l'embarrasser en lui désignant un malade chez lequel, après un examen minutieux de plusieurs jours, on était arrivé par élimination à admettre un anévrisme de l'aorte. Le jeune candidat s'approche du malade au moment où il prenait une quinte de toux de compression. Cette toux dont il connaissait l'importance dirige de suite son examen dans le sens de l'ectasie, il cherche un ou deux signes com-

plémentaires et, en moins de deux minutes, au grand étonnement du chef de service, il donnait un diagnostic ferme d'anévrisme de l'aorte.

Je pourrais multiplier les exemples, mais ces deux suffisent, il me semble, pour bien faire ressortir la valeur considérable du signe que j'ai décrit. Passons maintenant à la description d'un autre type clinique qui peut donner lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic.

III. ANÉVRISME RÉVÉLÉ PAR LA DYSPHAGIE. PSEUDO-CANCER DE L'ŒSOPHAGE. — Certains anévrismes, et tout spécialement ceux de la portion descendante de l'aorte, au lieu de comprimer le récurrent ou les bronches, exercent leur pression exclusivement sur le conduit œsophagien. Je dis exclusivement, car la dysphagie se combine souvent avec les autres signes de l'anévrisme.

Donc, lorsque la dysphagie existe seule, il ne faut pas trop se hâter de conclure à de l'œsophagisme essentiel ou mieux à un cancer de l'œsophage. Il est surtout prudent de ne pas se lancer aveuglément dans le cathétérisme du conduit, il pourrait en cuire à l'opérateur et surtout au patient.

Le clinicien doit toujours avoir présent à l'esprit que toute dysphagie œsophagienne peut résulter d'un anévrisme de l'aorte et il ne doit se rattacher à un autre diagnostic que lorsqu'il ne trouve aucun des autres signes de l'ectasie, et lorsque la radioscopie aura été négative.

Un jour je suis appelé en consultation par un de mes collègues auprès d'un malade chez lequel il avait, un mois auparavant, diagnostiqué un cancer de l'œsophage. Il n'avait pas revu le malade, mais depuis le premier examen la lésion avait fait des progrès considérables. Lorsque j'entre dans la chambre du malade, j'entends une belle toux de compression avec du cornage. Il y avait une laryngoplégie et plusieurs autres signes d'anévrisme de l'aorte. La radioscopie confirma le diagnostic et le malade mourait subitement huit jours plus tard.

Je n'ai pas toujours été aussi heureux au point de vue du diagnostic et, cette année même, j'ai fait une erreur que j'aurais certainement pu éviter comme on va le voir. Un ma-

lade, âgé de 65 ans, vient me consulter pour une dysphagie œsophagienne remontant à quelques mois et ne laissant passer aucun aliment solide. Cet homme a déjà consulté plusieurs médecins et, d'après les médications conseillées, je comprends que tous ont songé exclusivement au cancer de l'œsophage. Je me range à leur avis.

Quelque temps après, ce malade va trouver spontanément mon collègue Barjon, lui demandant de le radioscooper pour savoirs'il peut lui indiquer la cause de sa dysphagie. Mon collègue reconnaît l'existence d'un bel anévrisme. Comme le malade lui avait énuméré les médecins qu'il avait consultés auparavant, le Dr Barjon me téléphone pour me faire part de son diagnostic. Je me reporte à mon registre d'observations, j'avais inscrit sur la feuille de ce malade : néoplasme de l'œsophage. Mais en parcourant les détails de l'observation, quel n'est pas mon étonnement en voyant que j'avais mentionné une apparence légère de battements du larynx. Hypnotisé par mon diagnostic, je n'avais tenu aucun compte de ce signe bien léger assurément et je n'avais pas fait la radioscopie. Je n'avais même pas fait le cathétérisme, d'autres l'ayant fait avant moi. Comme on le voit, j'avais en main les éléments pour faire le diagnostic, je n'ai pas su m'en servir. Cette erreur est pour moi une leçon que je n'oublierai jamais. Puisse-t-elle servir à d'autres.

Il existe encore une autre variété clinique sur laquelle je passerai rapidement.

IV. ANÉVRISME RÉVÉLÉ PAR LA DYSPNÉE, LE CORNAGE ET LE TIRAGE. — C'est la forme qui se diagnostique pour ainsi dire de la manière la plus courante. Dans ce cas, on peut hésiter surtout entre le goître plongeant, la syphilis trachéale ou l'anévrisme. Comme on est certain que l'on est en présence d'une lésion médiastinale, la radioscopie et la constatation de quelques signes suffisent pour trancher la question.

Je ne veux pas insister longuement sur cette forme, elle traduit déjà une phase assez avancée de la maladie. Ce n'est plus une forme latente et le clinicien est largement armé pour un diagnostic précis. D'ailleurs à mesure que l'on connaîtra mieux la valeur de la paralysie de la corde vocale, de la toux de compression, à mesure que l'on saura mieux rechercher

les petits signes de l'ectasie, on arrivera infailliblement à diagnostiquer les anévrismes à une période moins avancée que celle de la dyspnée et du cornage. On sera en possession de signes d'orientation clinique certains, la radioscopie fera le reste.

La radioscopie joue donc ici un rôle capital. Avant sa découverte, les erreurs de diagnostic étaient faciles. Je me souviens d'un malade qui mourut il y a quelques années dans mon service après plusieurs jours de tirage, cornage et accès de suffocation. La trachée était libre sur une grande étendue, la trachéotomie n'eût été d'aucun secours. C'était un syphilitique avéré et il avait même été très soulagé au début par un traitement ioduré. J'avais donc songé à une lésion spécifique dans le voisinage de la bifurcation. A l'autopsie nous trouvâmes un gros anévrisme qui aplattissait en fourreau de sabre le tiers inférieur de la trachée. La radioscopie n'existait pas encore à cette époque. Aujourd'hui une telle erreur serait impossible.

Je n'ai voulu attirer l'attention que sur les formes cliniques que les laryngologistes rencontrent ordinairement. Il existe beaucoup d'autres formes, celle par exemple sur laquelle M. Cade a fait dernièrement une communication à la Société de Médecine. Je me permets de citer pour mémoire le *type pseudo-névralgique*, avec douleurs irradiées dans le thorax, dans l'épaule gauche, crises angineuses, douleurs se modifiant par le changement de position du malade et résistant à toutes les médications. C'est une forme qui a été particulièrement mise en lumière par M. Huchard. Je dois citer encore les types *pulmonaire* et *gastrique* décrits récemment par M. Destot. (*Lyon Médical*, déc. 1906).

Dans tout ce que je viens de dire, on a pu remarquer que je ne disais pas un mot de l'auscultation du cœur. C'est un *oubli volontaire et systématique*. Pour moi, dans les différents types que je viens d'étudier, les renseignements fournis par l'auscultation du cœur sont des renseignements complémentaires, d'importance minime, qu'on peut négliger dans l'établissement du diagnostic. On sait d'ailleurs combien souvent l'auscultation du cœur est négative dans ces cas.

Ce n'est pas à dire que les virtuoses de l'auscultation du

cœur ne puissent, grâce à elle, parfaire un diagnostic de l'aorte. Je suis convaincu que cela est possible, mais si l'on ne compte que sur le cœur pour reconnaître un anévrisme de l'aorte, on en laissera échapper le plus grand nombre. J'ai toujours soigneusement ausculté le cœur de tous mes malades atteints d'anévrisme, j'avoue que les troubles du côté de cet organe sont tellement variés qu'il est difficile d'en tirer des conclusions pratiques. Les données les plus précises seront fournies par la maladie de Hodgson, ce type de dilatation aortique qui confine de si près à l'anévrisme. C'est une forme sur laquelle la radioscopie ne donne souvent que des renseignements approximatifs.

Je viens de donner la ligne de conduite à suivre pour reconnaître facilement l'ectasie aortique. Il est néanmoins des cas où ces mêmes signes sont la conséquence d'une lésion d'une autre nature. En 1893, entré dans mon service un malade sortant récemment de Lariboisière. Sa feuille de sortie portait le diagnostic — *aortite* — terme destiné à cacher au malade sa véritable lésion. Ce malade était le type le plus complet de l'anévrisme de l'aorte. Paralyse de la corde gauche, suppression du pouls radial du même côté, matité thoracique à gauche et abolition du murmure respiratoire, etc. Au bout de quelque temps cependant, je fis le diagnostic de cancer du hile du poumon, car ce malade eut des hémoptysies quotidiennes tellement abondantes qu'on ne pouvait pas admettre que le sang pût provenir de la poche anévrismale. Ces hémoptysies si abondantes durèrent 15 mois environ et lorsque le malade mourut, le taux de ses globules sanguins était au-dessous d'un million. A l'autopsie il existait une énorme masse néoplasique englobant le hile du poumon et formant une gangue épaisse autour de l'aorte, cela expliquait les battements transmis. Je n'avais pas eu grand mérite à faire ce diagnostic, car six mois auparavant un autre malade était mort dans les mêmes conditions dans mon service. J'avais reconnu que ces hémoptysies abondantes et de longue durée ne pouvaient provenir que d'un néoplasme ouvert dans des bronches. Sans doute on connaît depuis longtemps les hémoptysies fractionnées, légères qui surviennent dans le cours des anévrismes, mais elles n'ont

jamais cette importance. Le plus ordinairement lorsqu'un malade atteint d'anévrisme crache quelques mucosités sanguinolentes, on doit songer à une rupture prochaine de la poche et porter un pronostic fatal à brève échéance. Chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire, si l'on avait eu la radioscopie à sa disposition, on aurait éliminé dès le début l'anévrisme de l'aorte.

II

DIAGNOSTIC PAR LE RHINOLOGISTE D'UNE FORME INSIDIEUSE ET AMBULATOIRE DE MALADIE DE WERLHOFF

Par **E. ESCAT** (Toulouse).

La spécialisation porte fatalement le praticien à limiter instinctivement le champ de son investigation diagnostique au cadre étroit dans lequel le confine sa pratique journalière.

Si, longtemps absorbés et outre mesure sans doute, par l'intérêt du diagnostic étiologique des épistaxis, les médecins généraux se sont montrés trop peu soucieux de la localisation anatomique du foyer hémorragipare, notion si fertile pourtant en indications curatrices, les rhinologistes, à leur tour, peuvent assurément, par une tendance inverse, être exposés à laisser passer sous le masque d'épistaxis bénignes et accidentelles une affection sinon toujours grave au moins toujours sérieuse, la maladie de Werlhoff.

Sur le terrain de la science clinique on considère avec juste raison comme fort suspect tout diagnostic qui n'a point pour base l'exploration systématique de tous les appareils et l'examen méthodique de toutes les fonctions; il est vraiment inutile d'insister sur les trop nombreux mécomptes auxquels expose toute dérogation à ce principe; néanmoins les nécessités de la pratique journalière que nous devons subir obligent trop fréquemment, au détriment de la bonne clinique, médecins et spécialistes à manquer à cette méthode.

Quel médecin ou quel rhinologiste peut se vanter, en effet, de n'avoir jamais, à l'encontre de ses principes, sacrifié l'examen général méthodique et complet, au seul examen local, en particulier, devant un vulgaire saignement de nez d'apparence accidentelle?

Ce clinicien impeccable auquel nous ne saurions contester le droit de nous jeter la première pierre, pourra se dispenser de lire ce travail, car il n'est pas écrit pour lui.

Quatre faits vont être rapportés, dont trois au moins, feront foi de l'erreur que nous signalons et prouveront en outre combien il est facile de l'éviter.

Ils montreront que la maladie de Werlhoff, déjà peu bruyante sous son type normal habituel, en raison de l'absence de symptômes subjectifs et de l'apyrexie qui la caractérisent, peut revêtir une allure particulièrement insidieuse, fruste, chronique et ambulatoire, n'attirant l'attention du malade et de l'entourage que par des épistaxis.

La stomatorrhagie, l'hémoptysie, l'hématémèse, les mélena peuvent se cacher derrière une épistaxis avec d'autant plus de facilité, que ces hémorragies sont plus discrètes et que l'épistaxis est plus abondante et plus grave; le pharynx, la bouche et l'estomac peuvent, en effet, servir de déversoir temporaire à l'épanchement sanguin d'origine nasale.

D'autre part, l'intensité et la répétition de l'épistaxis suffisent à expliquer l'anémie profonde et la prostration qui relèvent avant tout de la maladie générale.

Ainsi suggestionné, et trop souvent distrait par la gravité de l'accident immédiat qui absorbe momentanément toutes ses préoccupations, le praticien se contente d'un diagnostic simpliste, conforme à l'éducation clinique trop exclusivement générale ou trop exclusivement spéciale qu'il a reçue; le médecin général, par exemple, jugera son amour-propre de clinicien satisfait, en rapportant l'accident à l'influence de l'anémie ou à celle de l'hémophilie; le rhinologiste, de son côté, croira avoir fait un diagnostic quand il aura relevé une érosion de la tache vasculaire de la cloison.

Tous deux se condamnent ainsi à errer grossièrement s'ils ne pensent pas à rechercher les autres signes de purpura, à interroger scrupuleusement les commémoratifs et surtout à rechercher les manifestations cutanées si faciles à constater et qui constituent en la circonstance des stigmates pathognomoniques.

OBSERVATION I. — Le 5 septembre 1904 se présente, à la consultation oto-laryngologique de l'Hôtel-Dieu, le jeune L. L., âgé de 15 ans, atteint d'épistaxis (n° 4226).

Ce jeune garçon nous raconte qu'il a, *depuis plus d'un mois*, des hémorragies nasales abondantes se renouvelant plusieurs fois par jour.

Dès le début, il combattit le saignement de nez par des aspirations d'eau froide, puis devant la récurrence, il consulta son médecin habituel qui lui fit mettre dans les deux narines des tampons imbibés de solution d'antipyrine ; mais dès qu'il retirait les tampons, l'hémorragie reprenait de plus belle ; il consulta alors un deuxième confrère qui conseilla des tampons imbibés de perchlorure de fer ; l'épistaxis un instant arrêtée reparut le quatrième jour. Ce nouvel insuccès le décida à faire appel à un rhinologiste qui, d'après ce qui nous est raconté, dut probablement cautériser la cloison avec du nitrate d'argent.

C'est là tout le traitement suivi.

De nouvelles récurrences nous amènent aujourd'hui ce jeune malade.

Il est de petite taille et de constitution infantile ; on lui donnerait à peine de 10 à 12 ans ; le visage est profondément anémié ; la peau est luisante, vitreuse, d'une pâleur grisâtre à reflets verdâtres ; chaque narine est occupée par un tampon sanguinolent qui a de la peine à contenir l'hémorragie nasale.

Le facies de ce jeune malade évoque immédiatement en nous le souvenir d'une fillette de 10 ans que nous avons traitée avec notre ami le professeur agrégé Rispal, quelques semaines auparavant, pour épistaxis graves, liées à une troisième récurrence de maladie de Werlhoff ; le facies est identique, aussi nous paraît-il urgent pour établir le diagnostic étiologique, d'épistaxis aussi rebelles, de rechercher s'il ne s'agirait pas d'un cas semblable.

L'interrogatoire confirme nos présomptions ; il nous apprend que les épistaxis se sont manifestées dès le début sans cause apparente, sans fièvre, et sans le moindre malaise, et que ces épistaxis ont été suivies de vomissements de sang, puis de selles noirâtres.

Jusqu'ici rien qui puisse nous surprendre, le sang de l'épistaxis dégluti pouvant expliquer à la fois hématemèses et mélena.

Mais poussant plus loin l'interrogatoire, nous apprenons que notre jeune malade a eu de l'otorrhagie par les deux conduits ; toutefois l'examen de l'oreille externe ne nous fait découvrir aucune trace du foyer hémorrhagique ; il faut dire d'ailleurs que

ce symptôme est survenu il y a trois semaines ; les membranes tympaniques sont toutefois un peu dépolies, la gauche est très légèrement congestionnée.

Faisant déshabiller le malade, nous découvrons sur les deux avant-bras, du côté de la flexion, des taches purpurines lenticulaires très caractéristiques, simulant des éclaboussures d'encre violette.

Au voisinage des articulations, surtout à gauche, on constate des ecchymoses étendues, polychromes, nuancées de brun, de chamois, de violet et de verdâtre. Nous observons des manifestations identiques sur les membres inférieurs ; les ecchymoses péri-articulaires sont ici beaucoup plus étendues ; l'une d'elles, siégeant sur la face interne du genou gauche, représente une surface égale à deux pièces de 5 francs ; il en existe une presque aussi grande, mais déjà en voie de disparition, sur la face interne de la jambe droite. Le malade nous déclare que ces manifestations cutanées existent depuis plusieurs semaines, mais qu'il n'y a attaché aucune importance, les croyant consécutives à des contusions dont d'ailleurs il s'explique très difficilement la cause.

On dirait vraiment *qu'il a été roué de coups*.

A ces symptômes nous devons ajouter une dilatation considérable des pupilles, des bourdonnements d'oreille et un souffle cardiaque léger, d'apparence anémique. La température est de 36°,8 ; le poulx présente un rythme normal, mais il est très faible ; l'examen des fosses nasales nous montre sur les deux faces du septum des taches ecchymotiques dépassant les limites de la tache vasculaire, d'où suinte un sang très fluide.

Le diagnostic de maladie de Werlhoff s'impose.

Sur notre demande, le Prof. Audry voulut bien admettre le malade dans son service.

L'épistaxis fut localement traitée par l'application de longues mèches d'ouate imbibées d'adrénaline à 1/5000, engagées profondément dans chaque fosse nasale et laissées à demeure ; ces mèches étaient renouvelées toutes les douze heures environ.

En raison de l'absorption de l'adrénaline par cette voie, surtout à la faveur de l'introduction des tampons, nous crûmes pouvoir nous dispenser de la prescrire à l'intérieur.

Comme traitement interne, nous prescrivîmes le chlorure de calcium, à la dose de 2 grammes par jour et un régime tonique.

Le malade sortit guéri le 15 septembre 1904.

ONS. II. — Le 14 mars 1905, une fillette de 10 ans, habitant une petite ville du Lot-et-Garonne, nous est conduite par sa mère.

Cette petite malade a eu dans l'espace de huit jours, pendant son séjour au couvent, trois épistaxis assez abondantes qui n'ont cédé qu'à un tamponnement antérieur assez serré.

Le médecin du pensionnat a conseillé de conduire la malade à un spécialiste pour faire cautériser la cloison nasale.

L'enfant a le teint très chlorotique ; d'après la mère, c'est là son teint habituel. Elle n'accuse d'autre symptôme que l'hémorrhagie nasale et de la salivation sanguinolente. Température 37°.

L'examen des fosses nasales ne nous révèle aucun foyer récent bien apparent, toutefois la région de la tache vasculaire est légèrement ecchymotique, surtout à gauche.

Du côté du naso-pharynx, rien d'anormal mais sur la base de la langue, à gauche, nous reconnaissons une légère ecchymose, nous en constatons également sur la face interne du rebord alvéolaire à droite, empiétant sur la voûte.

En frottant légèrement avec un tampon d'ouate, le bord lingual saigne immédiatement ; c'est là vraisemblablement la cause de la salivation sanguinolente.

L'interrogatoire nous apprend qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie par d'autres voies, si ce n'est peut-être un peu d'hématurie (?) il y a quatre ou cinq jours ; pendant deux jours, les urines ont été comme ensanglantées, d'après ce que dit la mère de la malade, et ont donné un dépôt brunâtre (?)

En dehors de la miction il n'y a eu d'ailleurs aucune perte sanguine du côté des voies génito-urinaires.

L'examen de la peau nous fait découvrir des pétéchies lenticulaires discrètes, mais très nettes sur les avant-bras, sur la jambe droite et sur la poitrine.

Sur le condyle interne du genou droit nous observons une ecchymose étendue, de la dimension de la paume de la main.

Cette fois encore nous nous trouvons en présence d'un cas de maladie de Werlhoff, à allures insidieuses, qui, sans les épistaxis, serait restée méconnue.

Comme traitement local nous prescrivons des tampons d'adrénaline à 1/5000 fréquemment renouvelés et comme traitement général le chlorure de calcium jusqu'à cessation des hémorrhagies, puis la teinture de Mars tartarisée.

Nous n'avons plus eu de nouvelles de cette malade.

obs. III. — Dans le courant du mois de mars 1906, je vis dans mon cabinet un enfant de 3 ans qui m'était adressé par un confrère de Mazamet, pour des épistaxis à répétition.

L'état général paraissant satisfaisant et l'épistaxis étant arrêtée

depuis plusieurs jours au moment où j'observai le petit malade, je me contentai d'explorer les fosses nasales et je négligeai tout examen et toute enquête au point de vue général. Ne constatant aucune ulcération sur la région de la tache vasculaire, je crus néanmoins devoir cautériser cette région au nitrate d'argent sur les deux faces du septum, comme je procède d'habitude pour les épistaxis bénignes, et je laissai le petit malade regagner Mazamet le jour même.

Or, voilà qu'aujourd'hui, 31 mai, soit un peu plus de deux mois après, cet enfant m'est reconduit par sa mère.

L'état bénin pour lequel je l'avais traité ne m'ayant pas intéressé, je ne reconnais ni l'enfant ni la mère; cette dernière d'ailleurs me présente son fils comme si elle venait pour la première fois et me dit qu'il est atteint de saignements de nez très fréquents. *Ces saignements de nez durent depuis quinze mois (!), se répétant parfois deux et même trois fois par jour.*

Il y a un an, l'hémorrhagie dura *huit heures*; il y a quinze jours, elle a duré *quatre heures*.

Le teint, loin d'être pâle, comme chez les deux malades précédents, est au contraire coloré, et c'est là sans doute ce qui a égaré mon diagnostic il y a deux mois.

Mais, en revanche, il présente aujourd'hui sur son visage des stigmates qui attirent mon attention : une vaste ecchymose comme une pièce de 5 francs couvre sa bosse frontale gauche; elle est déjà brune et verdâtre; sa joue gauche est balafrée de deux ecchymoses longitudinales, violacées, à peu près parallèles.

Interrogeant la mère sur l'origine de ces ecchymoses, elle me répond : « Cela n'est rien : le bleu du front est un coup que l'enfant a reçu en se cognant à l'angle d'une table; quant à ceux de la joue, ce sont des marques laissées par la main de son frère âgé de sept ans, qui l'a giflé il y a deux jours; il est d'ailleurs très sujet à des bleus; la moindre tape laisse chez lui une marque; quand son frère le gifle, les cinq doigts sont marqués en bleu; un jour même, l'ecchymose s'est étendue tout autour de l'œil en cercle noir. Il y a déjà bien plus d'un an que j'ai été frappée par cette particularité. »

Je fais immédiatement déshabiller l'enfant, et voici ce que je constate :

Tout d'abord une grosse ecchymose elliptique, violacée, sur le triangle de Scarpa, à droite, à deux centimètres au-dessous du pli inguinal; la mère nous dit que récemment il en a eu une semblable sur la cuisse opposée, mais sur un point asymétrique.

Il en existe trois moins grandes et déjà jaunâtres sur la région dorsale, puis une grande comme la paume de la main, encore violacée, sur la région sacrée.

J'en constate de moins étendues sur la face dorsale des avant-bras sur les tibias et sur les condyles du genou gauche. Je relève enfin des pétéchies très purpurines sur les épaules où elles sont assez confluentes, sur le haut de la poitrine et sur les avant-bras, surtout à droite.

Pas d'autre hémorrhagie externe que l'épistaxis.

Aucun symptôme fonctionnel si ce n'est de l'apathie et de la faiblesse. Le rythme du pouls est normal. L'examen de tous les appareils reste négatif, mais le ventre est énorme; néanmoins il n'a jamais été relevé de troubles dyspeptiques ni intestinaux.

Le foie et la rate ne paraissent pas augmentés de volume. Légère micropolyadénie. L'enfant a été nourri au biberon.

Dans ce cas, comme dans les deux précédents, il s'agit bien de maladie de Werlhoff.

En dehors de son caractère insidieux, cette observation est intéressante à d'autres points de vue :

Tout d'abord le jeune âge de l'enfant qui dépasse à peine 3 ans, la maladie de Werlhoff étant en effet plutôt observée entre 5 et 15 ans.

Notre observation vient donc appuyer l'opinion de notre maître Marfan qui semble disposé à admettre la maladie de Werlhoff au-dessous de 3 ans, puisqu'il croit devoir rattacher à ce type morbide le *purpura ecchymotique des nourrissons*, décrit par Somma ⁽¹⁾. Faisons remarquer que notre petit malade traîne sa maladie de quins quinze mois; il a donc été frappé de maladie de Werlhoff à vingt-un mois (!)

Le cas est enfin intéressant par sa durée : quinze mois (!) et dire qu'elle peut se prolonger bien au delà, puisque l'enfant est encore en pleine maladie au moment où nous relatons son histoire.

Voici enfin un quatrième cas à diagnostic discutable que j'observe au moment où j'écris ce mémoire.

(1) MARFAN. — Maladie de Werlhoff, *Traité des maladies de l'enfance*, page 168, t. II, Paris, 1897.

OBS. IV. — Il s'agit d'un garçon de 6 ans et demi que j'avais vu dans le courant du mois d'août 1905 pour des épistaxis à répétition, fort difficiles à arrêter.

Ne pensant pas le moins du monde à la maladie de Werlhoff au moment où j'observai ce malade, je cautérisai au nitrate d'argent une érosion très visible de la tache vasculaire à droite. Le résultat fut excellent : les épistaxis cessèrent pendant dix mois ; au bout de ce temps, elles reparurent, c'est pourquoi le malade m'est ramené aujourd'hui 31 mai 1906.

Les épistaxis ont en effet reparu aussi intenses qu'il y a un an, mais l'attention de l'entourage n'a été attirée par aucun autre symptôme.

Faisant déshabiller le malade, j'observe de grandes ecchymoses sur le bas ventre, sur les cuisses et sur le tibia gauche.

Mais malgré des recherches minutieuses, *je n'observe aucune pétéchie.*

La mère de l'enfant a souvent remarqué les ecchymoses ; elles les a toujours attribuées à des contusions. Mais elle avoue qu'elle a toujours été étonnée de leur fréquence. *Il y a plus de trois ans (!)* elle a remarqué cette prédisposition de l'enfant à faire des ecchymoses, mais elle n'a jamais cru devoir appeler sur ce point l'attention de son médecin.

Elle nous fait part de l'étonnement qu'elle éprouva il y a quelques mois devant l'apparition, sur la joue de l'enfant, de trois bandes bleues, marquant la trace de ses doigts à la suite d'une tape pourtant fort légère.

Cet enfant, comme le sujet de l'observation III, a un très gros ventre.

Le foie et la rate ne paraissent pas hypertrophiés.

Il est sujet à des douleurs abdominales et à des alternatives de constipation et de diarrhée.

Ces troubles intestinaux sont manifestement liés à une hygiène alimentaire déplorable. C'est un enfant boulimique à l'excès ; il est constamment affamé : sa famille a grand'peine à maltriser sa voracité qui le porte à ingérer sans choix ni mesure des aliments quelconques et les moins appropriés à son âge.

Le poulx est normal.

Pas d'autres symptômes.

Comme antécédent héréditaire nous relevons chez la mère le même antécédent : hémophilie ou maladie de Warlhoff ? Elle dit avoir été sujette, pendant toute son enfance, aux épistaxis et aux ecchymoses étendues à la plus légère contusion. Actuellement elle ne présente plus rien de semblable.

S'agit-il dans ce cas de maladie de Werlhoff ou simplement d'hémophilie ?

L'absence de pétéchies, pourtant recherchées avec le plus grand soin, nous oblige à être réservé sur le diagnostic, non seulement de maladie de Werlhoff, mais du simple symptôme purpura ; car les ecchymoses constatées à l'exclusion des pétéchies peuvent à la rigueur être expliquées par la seule hémophilie mise en jeu par des contusions ou des compressions légères auxquelles les enfants s'exposent si fréquemment.

Les pétéchies au contraire semblent pathognomoniques du purpura, l'extravasation sanguine à bords géométriques qui les caractérise, paraît, en effet, franchement spontanée, et ne peut en aucune façon être simulée par un épanchement traumatique.

Si la maladie de Werlhoff est considérée d'autre part comme une affection aiguë d'une durée habituelle de huit à quinze jours, il est peu rationnel de rapporter à cette entité morbide un état qui se prolonge depuis 3 ans.

Néanmoins plusieurs observateurs admettent une forme chronique : Marfan rapporte un cas ayant duré six mois ; dans notre observation III, la durée a été de dix-huit mois ; Dieulafoy enfin admet qu'elle peut durer plusieurs années.

Cette observation n'établirait-elle pas une parenté entre les formes chroniques de la maladie de Werlhoff et certaines formes d'hémophilie ?

Nous nous contentons de poser la question, espérant la voir éclairer par la recherche plus minutieuse des formes frustes et ambulatoires de maladie de Werlhoff plus souvent cachées qu'on ne le pense sous des épistaxis idiopathiques.

Les trois premiers faits que nous venons de relater se rapportent sans conteste à la forme primitive et apyrétique de purpura connue sous le nom de maladie de Werlhoff.

Ils semblent bien établir l'existence d'une variété particulièrement *fruste, insidieuse, chronique et ambulatoire* de ce type morbide.

Nous disons *fruste* puisque dans les trois cas l'attention de l'entourage et des médecins consultés n'a été appelée que tardivement sur les manifestations cutanées, signes précieux, que

nous risquions fort, comme nos confrères, de méconnaître nous-même si le hasard de circonstances toutes particulières ne nous avait porté à les rechercher.

Nous disons *insidieuse*, puisque les ecchymoses caractéristiques, pourtant vues par l'entourage, avaient été interprétées dans le sens de simples contusions, comme dans l'observation célèbre de Descouts, relative à un enfant qui avait paru roué de coups et que l'autopsie démontra comme ayant succombé à la maladie de Werlhoff.

Nous disons *chronique* puisque, dans le premier cas, elle a duré six semaines environ et que dans le troisième, elle s'est prolongée quinze mois, c'est-à-dire au delà du cas cité par Marfan qui avait duré six mois.

Il y a même lieu de se demander si les apparentes récidives de cette maladie, tel le cas d'une fillette de 6 ans que nous avons observée avec notre ami Rispal, et qui eut trois atteintes de maladie de Werlhoff en trois ans, ne cachent pas un état chronique dont les fausses rémissions répondraient aux phases frustes et latentes.

Nous disons enfin *ambulatoire* puisque dans les trois cas, les jeunes sujets qui en étaient atteints, n'éprouvant aucun malaise, n'eurent aucune raison de s'aliter et continuèrent leurs occupations et leurs jeux.

La prédominance de l'épistaxis sur les autres symptômes ne saurait suffire néanmoins à nous faire considérer les trois cas rapportés comme constituant une variété monosymptomatique, nasale, de maladie de Werlhoff; loin de nous cette prétention, puisque l'existence des autres signes a pu être établie et a seule permis de préciser le diagnostic étiologique de l'épistaxis.

Nous tenons simplement à faire remarquer qu'il existe une variété clinique particulièrement insidieuse de maladie de Werlhoff qui risque d'être méconnue si l'observateur ne pratique pas systématiquement l'examen des téguments, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un enfant atteint d'épistaxis.

Plus souvent que tout autre, le rhinologiste est exposé à commettre cette erreur; à lui donc de s'en méfier.

En songeant aux trois cas que nous avons observés en moins de deux ans, nous nous demandons si cette affection considérée comme rare n'est pas au contraire fréquente.

Convaincu que des cas semblables ont dû passer sous nos yeux, à notre insu, nous sommes décidés désormais à ne jamais plus négliger l'examen des téguments chez les enfants atteints d'épistaxis.

Si on veut bien songer à la gravité possible, heureusement rare, nous aimons à le croire, du purpura apyrétique, tels le cas célèbre de Descouts déjà cité et celui de Hutinel ⁽¹⁾, suivis tous deux d'issue fatale, si on veut bien songer aussi, comme l'admet Martin de Gimard ⁽²⁾, à la transformation possible d'un purpura apyrétique du type Werlhoff en purpura pyrétiq-ue et grave, et la possibilité d'accidents foudroyants tels que l'hémorrhagie méningée (Dieulafoy), on comprendra tout l'intérêt qui s'attache au diagnostic de pareille maladie.

Je connais, grâce au récit qui m'en a été fait par des confrères, au moins deux cas de mort par épistaxis chez l'enfant, en dehors de toute maladie causale connue.

Qui sait si la variété insidieuse de maladie de Werlhoff, dont nos observations nous ont révélé l'existence, n'aurait pas joué un rôle dans ces morts tragiques, rapportées peut-être à tort, en vertu de doctrines par trop surannées, soit à une idiosyncrasie hémophilique, soit à de simples épistaxis idiopathiques par ulcération primitive de la tache vasculaire ?

Si l'épistaxis grave, survenant sans cause apparente après la quarantaine, doit faire penser à l'artériosclérose, l'épistaxis à récides des enfants et des adolescents doit faire penser à la forme chronique et insidieuse de la maladie de Werlhoff.

La conclusion pratique à tirer de nos observations, également intéressantes pour le médecin général et pour le rhinologiste, est donc simple à formuler :

Ne jamais négliger l'examen des téguments chez un enfant atteint d'épistaxis, surtout d'épistaxis à répétition.

(1) HUTINEL. — *Semaine médicale*, 1890, p. 105.

(2) MARTIN DE GIMARD. — *Le purpura infectieux primitif* (Thèse, Paris, 1888).

III

L'HÉMATOME DE LA CAISSE DU TYMPAN

Par **Emile GUÉRIN** (Marseille).

Cette forme d'hémorragie de l'oreille moyenne, que les classiques ne décrivent pas, mérite cependant, malgré sa rareté, de retenir l'attention à cause de son aspect clinique bien particulier. Il s'agit d'un épanchement sanguin se produisant brusquement dans la cavité tympanique, sans être accompagné de phénomènes inflammatoires généraux ou locaux. Les symptômes du début sont d'allure brutale : c'est tantôt le syndrome de Ménière au complet, tantôt seulement de la surdité et des bourdonnements violents, sans vertige. Localement, il n'y a pas d'écoulement de sang par le conduit ; mais le tympan présente une forte voussure, il est rouge sombre et on devine, derrière lui, la présence du sang dans la caisse. D'ailleurs, l'otorrhagie se produit quelquefois à travers la trompe, et le malade mouche et crache des filets de sang. La marche des accidents est cependant bénigne : la disparition du vertige, des bourdonnements et de la surdité est complète dès que l'accumulation de l'exsudat cesse soit par évacuation artificielle, soit par résorption spontanée.

Le terme d'hématome de la caisse du tympan convient parfaitement pour désigner cette affection, et pour servir à ne pas la confondre avec les autres formes d'hémorragie de l'oreille moyenne.

Le diagnostic s'en impose d'ailleurs facilement. En effet, le tableau ci-dessus diffère presque totalement de celui de l'otite moyenne aiguë hémorragique, connue depuis longtemps déjà (observations de Barr (1888), Haug (1890), Herck (1893), Molinié (1895), Compaired (1899), Betti (1904), Bar

(1904), etc...), et dans laquelle l'otorrhagie survient pendant l'évolution d'une otite moyenne aiguë, ou bien au cours d'une infection générale, fièvre typhoïde, grippe, etc... Les symptômes subjectifs sont ceux de l'otite moyenne aiguë, avec exagération de la douleur. L'hémorrhagie se produit quelques jours après le début des accidents inflammatoires, soit au travers d'une perforation de la membrane, soit par simple suffusion sanguine du tympan. L'écoulement sanguin dure plusieurs jours, puis se transforme le plus souvent en écoulement purulent. L'otalgie, les bourdonnements, la surdité suivent leur évolution ordinaire dans l'otite moyenne aiguë.

Quant aux otorrhagies qui viennent compliquer les otites moyennes chroniques suppurées, elles ont des caractères cliniques trop complètement dissemblables de ceux de l'hématome de la caisse pour qu'il soit utile d'insister sur leur diagnostic différentiel.

Le pronostic de l'hématotympan, au moins considéré comme lésion locale seulement, est bénin. L'épanchement de la caisse se résorbe de lui-même, ou est facilement évacué par une ponction à travers le tympan. Les symptômes subjectifs qui simulent, au début, le grave syndrome de la labyrinthite s'atténuent progressivement et disparaissent sans laisser de traces.

Un point intéressant reste à étudier, c'est l'étiologie de l'hématome de la caisse du tympan. Dans les trois observations que nous avons relevées dans la littérature, cette affection paraît toujours provenir d'une tare organique générale. Le sujet de Rohrer (*Revue de laryngologie*, 15 janvier 1890) était un hémophile héréditaire chez lequel les troubles de l'oreille furent accompagnés d'épistaxis, de gingivite et de rétinite hémorrhagiques. Joncheray (Société française d'otologie, mai 1892) attribue l'hématome de sa malade au paludisme ou à un simple état de nervosisme. Le cas publié par Haug (*Archiv. f. Ohr.*, LIX, n^{os} 3 et 4) concerne une fillette de 12 ans, à hérédité tuberculeuse très chargée, chlorotique, hystérique et cardiaque, et chez laquelle l'otorrhagie survint sans cause locale appréciable. Enfin, dans l'observation que nous rapportons plus loin, il s'agit d'une femme de 50 ans qui n'avait jamais eu d'affection auriculaire et dont l'état général paraissait très sa-

tisfaisant. Nous ne pouvons interpréter son hémorrhagie qu'en la comparant à celles de la pituitaire si fréquentes à l'âge de notre malade.

Terminons cette rapide esquisse par l'étude du traitement. Localement, de simples soins de propreté du pavillon, l'antiseptie du conduit par des instillations de glycérine phéniquée semblent seulement indiqués au début. Si les symptômes subjectifs persistent et occasionnent une gêne considérable, la paracentèse du tympan les fera cesser presque instantanément, et il ne restera qu'à maintenir l'asepsie de la caisse par les procédés ordinaires. Quant à la thérapeutique générale, elle sera naturellement celle que commande l'état diathésique de chaque sujet.

OBSERVATION

M^{me} T., 50 ans, ménagère. Cette femme n'a jamais eu de maladie d'oreille. Depuis environ un an, elle souffre d'un vague mal de tête, avec sensation vertigineuse légère, état qu'elle explique en disant qu'elle se sent la tête vide. Cependant, elle a pu continuer sans interruption ses travaux de ménagère.

Elle nous raconte en venant nous consulter, le 29 septembre 1903, qu'il y a deux jours, vers cinq heures du soir, elle a brusquement été prise d'un vertige violent, sans perte de connaissance, et non suivi de chute, mais accompagné immédiatement de surdité de l'oreille gauche avec bourdonnements intenses et continus de cette oreille. Depuis ce jour-là, elle mouche fréquemment des mucosités sanguinolentes; enfin, douze heures après le vertige, elle aurait remarqué un léger écoulement séro-sanguinolent de l'oreille gauche. Pas d'otalgie.

Le vertige ne s'est pas reproduit depuis et la malade a pu se livrer à ses occupations ordinaires, mais elle se sent constamment la tête vide. La surdité et les bourdonnements persistent sans discontinuer après le début des accidents.

A l'examen de l'oreille, nous constatons que le conduit auditif externe gauche ne contient ni pus, ni aucune sécrétion. Au niveau de la paroi antérieure du conduit osseux existe une tache rougeâtre de la peau, d'aspect ecchymotique. Le tympan est fortement refoulé en dehors; les deux tiers antéro-inférieurs de la surface de la membrane sont rouge sombre, le tiers postéro-supé-

rieur est gris, avec quelques points lumineux. La membrane est à peu près immobile au Siegle. La pointe mastoïdienne est légèrement sensible à la pression. Pas de paralysie faciale.

Rinne positif à gauche et à droite ; Weber indifférent. Mais ces épreuves sont de résultat douteux, étant donnée l'intelligence peu ouverte du sujet.

La voix basse est entendue à gauche à 0^m,68, à droite à 2 mètres. La voix haute est perçue, à gauche, à 3^m,50.

L'oreille droite est d'aspect normal. Les fosses nasales sont sensiblement normales ; nous ne remarquons aucune érosion de la pituitaire.

Le traitement local institué consiste en soins antiseptiques : pommade mentholée pour les fosses nasales, glycérine phéniquée pour l'oreille. Au point de vue général : purgatif drastique et iodure de sodium.

Nous revoyons la malade le 3 octobre suivant : l'oreille ne coule pas, le tympan a perdu presque complètement son aspect ecchymotique, il n'est plus bombé extérieurement. La malade mouche toujours un peu de sang, mais elle se sent mieux.

Elle revient nous voir le 20 octobre : depuis huit jours, elle ne mouche plus de sang, elle entend mieux, mais elle éprouve encore, surtout le matin, un état vertigineux léger.

Le tympan a repris sa mobilité et sa coloration normales ; le manche du marteau et le quart supérieur du cadre tympanal sont seulement un peu rouges. Conduit normal. Rinne positif. Weber indifférent. La voix basse est entendue à 1 mètre et la voix haute à plus de 5 mètres.

IV

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA POINTE DU ROCHER

Par **L. BALDENWECK**, interne du service d'oto rhino-laryngologie,
de l'hôpital Lariboisière.

Sous le nom de pointe du rocher, nous désignerons la partie de cet os située au côté interne d'un plan perpendiculaire à l'axe de la pyramide pétreuse et passant immédiatement en dedans du conduit auditif interne, c'est-à-dire le fragment osseux que l'on obtiendrait par une coupe menée suivant cette direction.

Nous décrirons successivement cette pointe sur l'os isolé et sur l'os en place dans la base du crâne ; nous terminerons par l'étude de sa structure. Ces recherches ont été pratiquées, à l'amphithéâtre de Clamart, dans le laboratoire de notre maître, M. le Prof. agrégé Sébilleau, à qui nous exprimons toute notre gratitude. Elles ont servi de base à notre mémoire pour le prix Fillieux, dans lequel nous avons étudié, avec les conseils de M. Lombard, le syndrome de Gradenigo.

I. ÉTUDE DE LA POINTE SUR LE ROCHER ISOLÉ. — Le fragment osseux que détache la coupe sus-décrite présente un certain nombre de particularités anatomiques et structurales qui en font réellement une partie spéciale du rocher.

Il se présente sous la forme d'une pyramide à trois faces, dont deux endocraniennes et la troisième inférieure exocranienne. Le sommet effilé vient, sur l'os en place, s'insinuer dans l'angle formé par le sphénoïde et l'occipital. La base enfin répond et se soude à la capsule osseuse du labyrinthe. Cette configuration est particulièrement visible sur une coupe ver-

ticale, parallèle au bord supérieur du rocher et passant par celui-ci.

Vue sur l'os entier, la pointe est un peu incurvée en avant.

La face postérieure est triangulaire; elle est à peu près plane; dans son ensemble, elle est lisse et unie. Cependant l'orifice du conduit auditif interne s'y prolonge sous forme d'une légère dépression plus ou moins accentuée en profondeur et en longueur. Tout près de l'extrémité interne, on voit quelquefois la trace du passage du VI, sous forme de dépression généralement peu accentuée, deux fois cependant nous avons vu celle-ci limitée par des bords nettement exhaussés.

Le bord qui sépare cette face de la face inférieure n'est pas, comme nous le verrons, rectiligne, mais brisé; le long de lui, court la gouttière du sinus pétreux inférieur qui empiète sur la pointe et parfois sur l'apophyse basilaire, quand les deux os sont soudés.

La face antérieure est triangulaire, à sommet assez étendu, c'est-à-dire plutôt quadrangulaire, configuration qui tient à la présence du canal carotidien. Elle est occupée dans presque toute son étendue par la fossette du ganglion de Gasser. Cette fossette est située très près du bord supérieur du rocher. Elle se présente sous la forme d'une empreinte allongée, pouvant atteindre le canal carotidien et restant séparée de l'extrême pointe du rocher par une petite languette osseuse. Les bords qui la limitent peuvent être très légèrement en saillie ou se perdre insensiblement sur la surface osseuse contiguë. Souvent la fossette se prolonge sur le bord supérieur du rocher qu'elle émousse.

La face inférieure, triangulaire également, commence immédiatement en avant du trou inférieur du canal carotidien. Elle contraste avec les deux précédentes par la présence de nombreuses rugosités, en rapport avec des insertions ligamenteuses et musculaires. Cette portion très inégale est limitée par deux rebords plus ou moins saillants. Entre les rugosités se voient de nombreux pores. L'axe de cette face n'est pas rectiligne. En effet, elle présente en dehors une partie légèrement ascendante en dedans de laquelle elle se recourbe assez brusquement en haut pour se porter à la rencontre du sommet du rocher.

Le sommet même de la pyramide pétreuse est formé par la réunion des trois faces précédentes. Assez acéré dans son ensemble, il est en réalité très irrégulier et essentiellement variable. Très souvent il est occupé par une petite cavité cellulaire ou spongieuse ; et presque toujours immédiatement au-dessous du bord supérieur du rocher, le tissu compact y fait défaut.

La base est artificiellement déterminée par le plan de section. Elle est irrégulièrement quadrilatère, ce qui tient à la hauteur du bord carotidien. Elle entre en contact avec le tissu éburné qui forme la capsule osseuse du labyrinthe.

Les bords sont au nombre de trois : supérieur, postéro-inférieur, antéro-inférieur.

Le bord supérieur forme une arête qui sépare les deux faces endocraniennes ; il peut être effacé par la gouttière du VI^e et par la partie supérieure de la fossette du ganglion de Gasser. En tout cas, il est toujours plus mousse que sur le reste du rocher.

Le bord postérieur, ou mieux postéro-inférieur, mérite le nom de bord basilaire, à cause de ses connexions. Comme la face inférieure qu'il sépare de la postérieure, il est formé par une ligne brisée dont la courte portion postérieure et externe se continue en arrière et en dehors sur le rocher complet, jusqu'à la fosse jugulaire ; sa longue portion, obliquement ascendante, se termine au sommet du rocher. Ce bord présente parfois une gouttière, due au sinus pétreux inférieur.

Le bord antérieur, ou mieux antéro-inférieur ou encore bord carotidien, présente une certaine largeur. Il est formé par la portion horizontale du canal carotidien. Il est situé immédiatement en dedans du canal osseux de la trompe et sur un plan légèrement postérieur.

L'axe de cette portion du canal carotidien décrit une concavité supérieure en rapport avec la conformation en rostre du sommet du rocher. Elle forme soit une gouttière ou un demi-canal, ouvert en avant, taillé aux dépens de la face antérieure, haut de un demi-centimètre ou plus, soit un conduit plus complet dû au développement plus grand et à l'enroulement de la partie inférieure du canal.

Quoi qu'il en soit, les surfaces qui limitent cette gouttière sont extrêmement minces, surtout en haut, papyracées même quelquefois, et se terminent par des bords acérés et cassants.

II. ÉTUDE DE LA POINTE SUR LE ROCHER EN PLACE DANS LA BASE DU CRÂNE. — Nous l'étudierons successivement à l'état sec et à l'état frais.

1° *A l'état sec.* — La pointe répond à l'angle formé par l'apophyse basilaire avec la grande aile du sphénoïde.

Vu par la face endocranienne de la base du crâne le sommet du rocher s'arc-boute en arrière sur les bords de l'apophyse basilaire, jusqu'au-dessous de l'apophyse clinéoïde postérieure. Ce contact osseux commence immédiatement en dedans du trou déchiré postérieur. Il se fait suivant une suture pétro-basilaire, nette ou plus ou moins effacée, suivant le degré du processus d'ossification. Elle décrit une ligne brisée dont nous avons déjà parlé.

Mais le rocher ne repose pas très solidement sur cette base ; il suffit, pour s'en convaincre, au lieu de regarder le rocher par la fosse cérébelleuse, de l'étudier en avant par la fosse moyenne. On voit alors que le rocher repose en porte à faux par son sommet ce qui est dû à la présence du trou déchiré antérieur et du canal carotidien, qui supprime tout point d'appui à la pointe. Seule la portion du rocher qui continue celle-ci et l'extrême pointe prennent des contacts osseux : la première avec la languette osseuse de l'aile sphénoïdale qui borde en arrière les trous ovales et petit rond, — la deuxième avec la zone postérieure de la portion verticale de la gouttière caverneuse.

Même impression si l'on regarde la région par la face exocranienne. Le rocher s'enfonce à la façon d'un coin dans l'angle que limitent l'apophyse basilaire latéralement et en arrière, le bord postérieur de la grande aile et la racine de l'apophyse ptérygoïde en avant. En réalité, ce serait un coin d'autant moins serré qu'il s'enfonce davantage et tout contact finit même par cesser, par suite de la présence du trou déchiré antérieur.

Celui-ci, variable avec les sujets, est limité par la portion horizontale du canal carotidien et par le bord postérieur de la

grande aile du sphénoïde ; ce bord n'est pas dans le plan du reste de la grande aile ; mais recourbé sur celle-ci, et il vient se mettre dans le plan de la face antéro-supérieure du rocher.

D'ailleurs, même en dehors du trou déchiré antérieur, les connexions de la pointe ne sont pas très intimes ; la suture pétro-sphénoïdale et surtout la pétro-basilaire sont beaucoup plus larges que du côté endocranien.

2° *A l'état frais.* — Laissant de côté la dure-mère qui tapisse et modifie considérablement l'aspect de la face exocranienne du rocher, le trijumeau et le ganglion de Gasser, nous ne parlerons que des points que nous avons plus spécialement étudiés, c'est-à-dire l'articulation de la pointe, et les rapports de cette dernière avec l'oculo-moteur externe et les sinus pétreux supérieur et inférieur.

Toute la zone de contact pétro-sphéno basilaire, ainsi que les sutures sont remplies par un tissu extrêmement dense, groupé en petits faisceaux tassés les uns contre les autres, mais s'intriquant du côté de la face inférieure et échappant à toute description. Ils se perdent dans le tissu de la membrane du trou déchiré antérieur. Cependant il nous a paru qu'on pouvait isoler plus facilement un faisceau allant de l'extrême pointe pétreuse au bord de l'apophyse basilaire immédiatement en arrière de la gouttière caverneuse.

D'ailleurs, si dense que soit le tissu on peut, en général, en saisissant avec force le rocher, imprimer à la pointe de petits mouvements de latéralité.

Enfin on pourrait considérer comme ligaments à distance de l'articulation le ligament pétro-sphénoïdal et la membrane obturatrice du trou déchiré antérieur.

Le ligament pétro-sphénoïdal a été décrit pour la première fois par Gruber ; nous n'avons pu nous procurer le travail de cet auteur, et nous l'avons toujours trouvé décrit très brièvement. Voici comment nous le comprenons d'après nos dissections.

Pour bien le voir, on peut soit sectionner perpendiculairement avec prudence l'insertion de la tente du cervelet ; soit disséquer un lambeau dure-mérien au niveau de l'apophyse

basilaire, en ayant soin de prendre comme charnière du lambeau la partie qui touche au bord supérieur du rocher. Sous la dure-mère, on aperçoit alors une bandelette aplatie à peu près dirigée suivant l'axe du rocher. De coloration blanche, le ligament pétro-sphénoïdal est assez mince, d'une longueur de 1 centimètre environ, large d'environ 2 millimètres.

Il s'insère sur le bord supérieur de la pyramide pétreuse, empiétant sur sa face antérieure, immédiatement en dedans de la fossette du ganglion de Gasser. Se soulevant alors légèrement au-dessus du bord supérieur du rocher, il va passant, au-dessus du VI^e, s'insérer au-dessous de l'apophyse clinéoïde postérieure, soit sur le bord latéral de la lame quadrilatère, soit en arrière. Il contracte là quelques adhérences avec le tissu dure-mérien qui borde le sinus occipital antérieur. Ce ligament mince et pas très résistant peut être plus large et plus fort ; dans quelques cas, il peut se dédoubler soit complètement — et alors la bandelette postérieure vient s'insérer un peu plus bas en dedans, — soit seulement sur une partie de son trajet, circonscrivant un petit orifice entre ses deux faisceaux constitutifs.

Nous reviendrons plus loin sur les rapports de ce ligament avec le nerf de la VI^e paire ; disons cependant dès maintenant que les connexions entre les deux organes sont rendues plus intimes par ce fait que le ligament envoie une série de fibres qui contribuent à former la gaine spéciale dans laquelle le nerf chemine le long de la face postérieure du rocher.

La membrane du trou déchiré antérieur est lisse, résistante et extrêmement tendue ; et souvent il n'est pas facile de percevoir, en la suivant avec une aiguille mousse, la différence avec la partie avoisinante de la gouttière carotidienne, surtout quand celle-ci est très mince. Elle se termine du côté de la carotide par un bord très net. Elle remplit tout l'espace laissé par la carotide ; vue par l'oxocrâne, elle apparaît composée de faisceaux enchevêtrés les uns dans les autres, s'insérant particulièrement sur la pointe, au voisinage de l'occipital et envoyant des prolongements dans le tissu qui remplit les sutures.

Dès lors, le rocher se trouve beaucoup plus soutenu que ne

le faisait croire l'étude sur l'os sec. Il est en effet entouré de toutes parts par un tissu de remplissage très dur à enlever par dissection ou rugination ; ce tissu peut être envahi par des nodules osseux, notamment l'os sésamoïde de Cortès.

D'ailleurs, l'ossification comme pour tous les autres os du crâne peut envahir les sutures. Elle porte principalement sur l'union avec l'occipital. Elle peut être assez complète pour effacer totalement la suture, et, vue par sa face endocranienne, la pointe du rocher semble faire corps avec l'apophyse basilaire. La séparation primitive est alors indiquée par la gouttière du sinus pétreux inférieur.

Ainsi réunie aux surfaces osseuses avoisinantes, la pointe du rocher affecte, nous l'avons dit, des rapports intéressants avec les sinus pétreux supérieur et inférieur et la portion sous-dure-mérienne ou péri-pétreuse du nerf oculo-moteur externe. Pour plus de commodité, nous orienterons les rapports de tous ces organes, c'est-à-dire pointe et sinus, autour de l'oculo-moteur externe.

Le nerf de la VI^e paire, au moment de contourner la pointe du rocher, commence par perforer la dure-mère. Si le nerf est sorti du névaxe par deux faisceaux constitutifs, généralement ceux-ci se sont à ce moment accolés en un seul tronc ; cependant la duplicité primitive peut se poursuivre plus loin jusque dans le sinus caverneux ; il y a alors deux orifices dure-mériens ; nous venons précisément de rencontrer cette disposition : ces deux orifices étaient situés l'un au-dessus de l'autre, le supérieur très étroit, l'inférieur plus gros à sa situation normale.

Mais le plus souvent il n'y a qu'un tronc nerveux ; il perfore la dure-mère à 2 centimètres environ au-dessous du bord postérieur de la selle turcique. Les orifices symétriques du VI^e de chaque côté sont distants également l'un de l'autre d'à peu près 2 centimètres.

L'orifice dure-mérien du nerf est ovale, à grand axe légèrement oblique en haut et en dehors ; son calibre est plus grand que celui du nerf qui n'en occupe que la partie supérieure ; la partie libre est parfois même assez considérable ; cela dépend des dimensions variables de l'orifice.

Mais le nerf n'est pas libre dans ce dernier, et une aiguille mousse, introduite dans le trou dure-mérien, ne peut en faire le tour. Elle se trouve en effet arrêtée par des tractus fibreux sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Pour nous rendre compte de la situation exacte du point de pénétration du nerf dans la dure-mère, nous avons enfoncé des fiches perpendiculairement dans l'os. Après dissection de la dure-mère, on voit ainsi que ce point est placé un peu en dehors d'une verticale menée par l'apophyse clinéoïde postérieure. Il se trouve légèrement en dedans ou répond à la ligne de suture (ou ses restes) qui marque l'articulation de la face postérieure de la pyramide pétreuse avec l'apophyse basilaire. Il est situé immédiatement en dedans ou au-dessus du sinus pétreux inférieur.

Ayant ainsi traversé la dure-mère, le nerf VI prend un contact intime avec la pointe du rocher. La direction et le trajet général du nerf dans cette portion péri-pétreuse sont les suivants : Du point de pénétration dans la dure-mère, le nerf, cheminant sous celle-ci, gagne très obliquement la partie antérieure interne du bord postérieur du rocher. Là, légèrement oblique en dehors, il devient plus vertical, cheminant le long de la face postérieure du rocher à laquelle il est accolé. Il atteint ainsi le bord supérieur, qu'il coupe à angle aigu. Dès ce moment, il change de direction ; se réfléchissant sur ce bord supérieur, il se porte en dedans vers le sinus caverneux.

Contrairement donc à la description des anciens auteurs, et comme l'ont bien mis en relief Chevallereau et surtout Panas, le nerf ne passe pas presque directement de son orifice dure-mérien dans le sinus caverneux. Mais il importe également de noter que son trajet sur la face antérieure du rocher est extrêmement court ; souvent même il n'existe pas, le nerf, très interne, passant au niveau de l'extrême pointe ou même un peu en dedans de celle-ci et entrant, par conséquent, de suite dans le sinus caverneux.

Tout dépend de l'obliquité en dehors du nerf ; s'il est très oblique, il arrive à une distance, toujours très petite d'ailleurs, du sommet du rocher ; il pourra alors avoir un très court trajet sur la face antérieure.

Au moment où le nerf devient sous dure-mérien, il est situé très légèrement en dedans du rocher et répond à la partie la plus externe de l'apophyse basilaire, là où elle est souvent creusée d'une gouttière pour le sinus pétreux inférieur. Le VI est alors soit sur le côté interne du sinus, soit au-dessus de lui. Dans son trajet sur la face postérieure du rocher, ce nerf est toujours très rapproché du bord de ce dernier ; nous l'avons vu même assez souvent placé exactement sur la suture, le débordant parfois beaucoup plus en dedans qu'en dehors, n'ayant donc alors qu'une très étroite zone de contact avec le rocher. La soudure fréquente de la suture pétro-basilaire empêche d'ailleurs souvent d'être exactement fixé. Parfois le nerf laisse sur l'os une empreinte plus ou moins visible, mais rarement très marquée, nous l'avons vu, et qui se confond souvent avec la gouttière du sinus pétreux inférieur.

Cette dernière gouttière est elle-même extrêmement variable ; parfois simple dépression à peine perceptible à jour frisant, elle est en général cependant assez nette ; dans quelques cas, surtout quand la suture pétro-basilaire a complètement disparu, elle devient une véritable rigole et empiète à la fois sur l'occipital et le rocher.

Le VI chemine donc le long du bord externe du sinus pétreux inférieur, après être sorti de la dure-mère en dedans ou au-dessus de celui-ci. Quand le sinus est très large, il peut recouvrir ce nerf.

Mais le nerf, dans son trajet, affecte surtout d'étroites connexions avec le rocher ; l'étendue de ce rapport est de un centimètre au moins. Les deux organes sont réunis par un tissu formant une espèce de méso étroit et court. Il peut être assez serré et assez dense pour que le nerf paraisse comme incrusté dans l'os ; d'autres fois il est plus lâche et un peu plus long ; mais jamais on ne peut soulever le nerf et l'éloigner de la surface osseuse sans rompre au moins une partie des fibres d'attache.

Les fibres qui composent cette sorte de gaine sont très courtes et serrées. Elles s'attachent sur l'os non seulement le long du nerf, mais au-dessous de lui dans sa loge. Il nous a paru qu'elles venaient pour la plupart de la face inférieure de

la dure-mère, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la dissection de celle-ci de dedans en dehors, en partant de la gouttière basilaire ; en soulevant au fur et à mesure le volet membraneux, on voit des tractus qui viennent de la dure-mère pour se perdre sur la gaine celluleuse. Le nerf est d'ailleurs très adhérent au pourtour de son orifice dure-mérien.

A côté de ces fibres, la gaine en reçoit d'autres plus longues et moins denses, qui lui viennent des parties avoisinantes de la dure-mère et également du ligament pétro-sphénoïdal. Nous avons vu, en effet, que ce ligament envoie toujours vers le VI^e un certain nombre de filaments qui contribuent à la formation du méso-celluleux ; ils se groupent quelquefois de façon à constituer un ou deux tractus plus forts.

Au moment où le nerf atteint le bord supérieur du rocher, la gaine se relâche un peu ; mais il affecte alors des rapports importants avec le ligament pétro-sphénoïdal.

Nous avons toujours vu le nerf passer au-dessous du ligament, le croisant à angle droit ; une fois cependant, le nerf divisé en deux jusque dans le sinus caverneux passait par son faisceau le plus frêle au-dessus du ligament, par son faisceau le plus fort au-dessous de celui-ci.

Le plus souvent la formation ligamenteuse repose directement sur le nerf et peut parfois lui être très adhérente et l'appliquer très fortement sur l'os ; d'autres fois, les rapports ne sont pas tout à fait aussi intimes et le nerf a un peu de jeu dans le trou ostéo-fibreux que forme le ligament pétro-sphénoïdal avec le bord supérieur du rocher. Ces rapports intimes entre le ligament et le nerf nous permettent de comprendre le rôle possible du ligament, dans certaines fractures du rocher, sur la paralysie du nerf qu'il serait susceptible de comprimer sur le fragment osseux.

En résumé, nous voyons que le VI^e est étroitement appliqué sur la pyramide pétreuse par une gaine très serrée que vient compléter et renforcer le ligament pétro-sphénoïdal. Le nerf est ainsi placé dans un canal ostéo-fibreux ; il est alors possible d'admettre (ainsi qu'on l'a dit pour le syndrome de Gradenigo) que de l'œdème vienne infiltrer cette gaine et que le nerf soit alors trop à l'étroit et comprimé par elle.

Nous avons dit que le VI^e passait pour ainsi dire directement, après s'être recourbé en dedans, du bord supérieur du rocher dans le sinus caverneux ; il ne lui est donc pas possible de se mettre en rapport direct avec le sinus pétreux supérieur ; mais même dans les cas où le nerf décrit un court trajet sur la face antérieure de la pointe, il reste plus ou moins distant du sinus.

En effet, le sinus pétreux supérieur présente le trajet suivant ; pour plus de facilité nous le suivrons du coude du sinus latéral à la partie postérieure du sinus caverneux. Il peut suivre exactement le bord supérieur du rocher dans la plus grande partie de son étendue ; puis à une distance variable du bec du rocher, il se recourbe en avant et en bas sur sa face antérieure et vient s'aboucher dans le sinus caverneux, à sa partie postérieure et externe. Il efface alors le bord supérieur du rocher, là où il est en contact avec lui, et, à l'état sec, celui-ci présente une gouttière plus ou moins accentuée au fond de laquelle, à l'état frais, la dure-mère sinusienne adhère fortement. — Dans d'autres cas, le sinus passe de suite sur la face antérieure du rocher, près de son bord supérieur, longe à peu près celui-ci, puis s'incline en avant, en bas et en dedans, à une distance variable comme précédemment, c'est-à-dire avant d'atteindre le ganglion de Gasser. Sur l'os sec, le passage du sinus laisse généralement une empreinte près du bord supérieur du rocher qui reste lui-même une arête vive et tranchante.

Entre ces deux types extrêmes, il existe nécessairement des variantes ; mais il importe de noter que le sinus pétreux supérieur passe non pas en arrière et en dessous du ganglion de Gasser dans le feuillet postérieur de sa loge, mais en avant et au-dessus dans le feuillet antérieur. Parfois cependant, avant d'atteindre la loge gassérienne, le sinus se bifurque en deux branches qui passent en avant et en arrière du ganglion.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ces rapports du sinus pétreux supérieur avec le bord supérieur du rocher qu'il n'a pas de contact immédiat avec le VI^e, qu'ils sont éloignés l'un de l'autre par une distance qui peut atteindre un centimètre. Non seulement ils ne se croisent pas, mais immédiatement avant d'atteindre le sinus caverneux, ils cheminent parallèlement ou sous

un angle très aigu (Cependant une fois et d'un seul côté, nous avons vu le sinus pétreux supérieur se porter en arrière, croiser le VI^e et se jeter dans le sinus occipital antérieur).

Toutes ces dispositions sont faciles à constater chez certains sujets frais dont les sinus sont gorgés de sang ; on voit alors très bien à travers la dure-mère leur trajet bleuté et leurs rapports. On peut encore étudier ceux-ci par injection de cire à l'alcool pratiquée à l'extrémité externe du sinus pétreux supérieur ; ou plus simplement en sectionnant perpendiculairement le sinus pétreux supérieur immédiatement en avant du sinus latéral, en introduisant une sonde flexible en gomme dans sa cavité ; on voit alors très aisément les rapports avec le VI^e et la pointe du rocher.

III. STRUCTURE DE LA POINTE. — La pointe du rocher n'est pas seulement individualisée par la morphologie et ses connexions anatomiques, mais elle l'est encore, sinon davantage, par ses particularités structurales. Extrêmement variable, elle est cependant caractérisée d'une manière générale par sa texture plus faible, contrastant avec la portion dure, véritablement pétreuse, qui entoure le labyrinthe. Même dans les cas où il est le plus dense et le plus solide, le tissu qui forme la pointe se laisse entamer par la scie assez facilement. Il est difficile, avon-nous dit, d'en décrire un type uniforme.

A côté des pointes presque complètement envahies par l'éburation, il en est qui présentent un tissu aréolaire à mailles plus ou moins petites ; il en est d'autres aussi où quelques travées osseuses limitent de vastes cellules. Entre ces différents types, nombreuses sont les variétés. Mais quoique toutes les pointes de rocher aient chacune, pour ainsi dire, une structure spéciale, on peut les ranger cependant en trois types : Aréolaire, Pétreux, Cellulaire ; ce dernier est, sans contredit, le moins fréquent de tous.

1^o *Type aréolaire ou spongieux.* — La pointe s'y trouve limitée par une mince capsule de tissu compact blanc et dur qui varie de 0^{mm},5 à 1^{mm},5. Par des coupes transversales et longitudinales, on peut se rendre compte que cette lame compacte est dans son ensemble plus épaisse sur la surface supérieure. Elle présente son maximum d'épaisseur au niveau de

l'arête supérieure qu'elle constitue. Sur la face antéro-supérieure, elle diminue graduellement d'épaisseur pour atteindre la portion horizontale de la gouttière carotidienne. Au niveau de la face inférieure, elle est en général plus mince. Elle va s'amincissant de plus en plus vers l'extrême pointe où elle forme le plus souvent une minuscule lamelle surplombant du tissu aréolaire.

Le tissu spongieux, beaucoup plus abondant, forme la plus grande partie de la pointe et se trouve limité par le tissu compact; il envahit celui-ci au niveau de l'extrême pointe et de la face inférieure. Les mailles, qui le forment, varient beaucoup avec les rochers. Elles sont inégales et les travées osseuses, également variables d'épaisseur, qui les limitent, viennent se perdre à la périphérie sur la lame compacte et d'autre part au centre, sur le noyau compact central.

En effet, toute l'épaisseur de la pointe n'est pas occupée par le tissu spongieux; car, souvent, elle est pénétrée par des émanations compactes venues de la capsule osseuse, si dense, du labyrinthe. Celles-ci sont très visibles sur une coupe parallèle à l'axe du rocher et sur une autre perpendiculaire à celle-ci passant par la base de la pointe. Sur cette dernière on voit, plus ou moins au centre de la coupe, un noyau de tissu compact duquel irradient des travées qui, soit directement, soit après division, donnent insertion aux trabécules limitant les mailles. Sur la première, à un examen superficiel le labyrinthe tranche, par son aspect dur et uni, sur le tissu spongieux de la pointe dont il semble complètement séparé. A y regarder de plus près, on voit qu'en réalité de la partie osseuse du labyrinthe partent une foule de travées qui s'épanouissent en divergeant et en se subdivisant dans l'épaisseur de la pointe; les premières mailles ainsi limitées sont souvent très fines et très petites. On perd la trace de ces travées de tissu compact à quelque distance de la périphérie de la pointe.

Sur une coupe longitudinale, le tissu spongieux de la pointe paraît, d'autre part, complètement isolé du reste du rocher, notamment de la caisse du tympan, par l'épaisseur du labyrinthe. Il nous a semblé cependant que dans certains cas tout au moins, une trainée spongieuse plus ou moins fine, parfois seu-

lement visible à la loupe, la réunissait aux parois supérieure et inférieure de la caisse en passant au-dessus et au-dessous du labyrinthe.

Nous avons insisté sur ce type qui, ainsi réalisé dans toute sa pureté, n'est peut-être pas le plus fréquent; mais son étude va nous faciliter beaucoup la compréhension du type suivant.

2° *Type pétreux*. — C'est peut-être ici que se présentent les variétés les plus diverses. Elles sont cependant toutes caractérisées par la présence d'un bloc osseux, dur, émané du labyrinthe, occupant la presque totalité de la pointe et refoulant en bordure des rangées restreintes de mailles spongieuses. La proportion différente des deux éléments, pétreux et spongieux, représente un premier facteur de variabilité. Tandis que dans certains cas le noyau compact central du type précédent apparaît ici comme simplement plus étendu, plus volumineux, mais finissant cependant par se résoudre en trabécules successives limitant les mailles, dans d'autres cette disposition élémentaire n'est que difficilement reconnaissable; alors au sein d'une jetée compacte atteignent l'extrême pointe, moins dense pourtant au fur et à mesure que l'on s'éloigne du labyrinthe, apparaissent, à une distance variable, des alvéoles petites, peu groupées, séparées par des cloisons assez épaisses. Toutes les combinaisons sont d'ailleurs possibles, suivant l'étendue, la densité du bloc osseux, le nombre, les dimensions, le mode de groupement des petites cavités spongieuses.

La répartition des deux tissus est, elle aussi, sujette à variations. En effet, la zone pétreuse peut être en quelque sorte axiale, laissant, au-dessus et au-dessous d'elle, des zones spongieuses s'étendant jusqu'à la lame compacte des bords et d'autant plus étendues qu'on se rapproche de l'extrême pointe. Ou bien le tissu aréolaire n'occupe que les parties inférieure ou supérieure, tout le reste de la pointe étant envahi par le bloc compact. D'ailleurs, suivant la disposition de ce dernier, les parties spongieuses peuvent prédominer sur un même os, tantôt en haut, tantôt en bas.

D'une manière très générale, la portion pétreuse de la pointe diminue d'étendue et de densité du labyrinthe vers le sommet du

rocher, et affecte grossièrement la forme d'un cône à base externe.

Mais ce noyau pétreux, si dense soit-il, n'est pas absolument compact. Il tranche par sa résistance à la scie et son apparence à la coupe sur la capsule osseuse du labyrinthe. Il n'en offre point la consistance éburnée et homogène, et dans les pointes les plus dures, on reconnaît aisément la base de la pointe par l'apparition dans le tissu périlabyrinthique de minuscules cavités espacées, puis augmentant en nombre et en volume, et s'orientant suivant l'axe du bloc compact; leurs dimensions sont inférieures à celles des cavités de la portion aréolaire.

Celles-ci également augmentent de dehors en dedans, irrégulièrement d'ailleurs; arrondies ou allongées, elles occupent la périphérie de la pointe, dans l'espace que leur laisse la portion pétreuse centrale et viennent prendre appui sur les lames de tissu compact qui forment la coque de la pointe. Ces lames sont généralement plus hautes et plus épaisses que dans le type spongieux, et s'arrêtent au niveau de la surface d'appui sphéno-basilaire.

3^e *Type celluleux*. — La pointe peut être envahie par un processus de pneumatisation, c'est-à-dire qu'il s'y trouve des cellules qui diffèrent des cavités spongieuses moins par leurs dimensions plus grandes que par la raréfaction des formations trabéculaires et surtout par ce fait que leur surface est tapissée d'une muqueuse, en relation plus ou moins directe avec la muqueuse de la caisse.

Ces cellules sont plus ou moins développées; généralement la pneumatisation de la pointe est en rapport avec la pneumatisation des parois des cavités de l'oreille moyenne.

Nous possédons un rocher où ce processus était extraordinairement développé. La pointe est comme soufflée; limitée par une mince lamelle transparente et friable, elle est considérablement augmentée de volume; à la coupe, elle apparaît presque uniquement composée de deux vastes cellules, placées l'une au-dessus de l'autre et renfermant quelques vagues trabécules d'une minceur extrême. On conçoit sans peine ce que serait devenue cette région si elle avait été envahie par une inflammation partie de la caisse et ayant suivi, par exemple, la

voie sous-labyrinthique que nous avons retrouvée sur cette pièce.

Si la cellulisation de la pointe accompagne la pneumatisation générale, la réciproque n'est point vraie ; et tel rocher présentera une mastoïde pneumatique avec une pointe spongieuse ou même pétreuse. D'ailleurs, les différents types de structure peuvent se rencontrer sur un même os.

Comme l'on établit les recherches de Mouret et Laffite-Dupont, les cellules de pointe sont réunies aux cavités de l'oreille moyenne par des trainées cellulaires, véritables voies préformées que l'infection suivra avec d'autant plus de facilité qu'elle trouvera une issue insuffisante du côté externe.

En effet, les cellules de la pointe peuvent être en relation avec les cellules de la face antérieure et du toit de la caisse par l'intermédiaire des cellules tubaires, périlubaires, péricarotidiennes.

En outre, une trainée sus-labyrinthique peut unir la caisse et la pointe ; nous insistons sur cette voie parce que nous l'avons vue réalisée dans un cas de paralysie du VI^e, terminée par la mort (1). Enfin, dans quelques cas, la pointe peut être unie aux cellules internes rétro-pétreuses, qui entourent le massif du facial et les canaux semi-circulaires externe et supérieur. De plus, ces différentes trainées cellulaires peuvent se rejoindre.

Entre les différents types que nous venons de décrire s'interposent nécessairement de nombreuses variétés. Mais quelle que soit sa structure, la pointe reste toujours une portion faible, en rapport par sa partie externe avec une formation particulièrement dure, reposant en porte à faux en dedans ; elle se trouve donc prédisposée à être fracturée. Mais l'étude de la pointe ne trouve pas seulement son intérêt dans les fractures du crâne, mais aussi dans son altération possible au cours des affections de l'oreille moyenne. L'infection peut non seulement suivre les trainées anastomotiques préformées, mais elle peut aussi se créer par elle-même des voies pathologiques qui la conduisent à la pointe.

(1) LOMBARD. — *Annales des maladies de l'oreille*, octobre 1903, p. 321, quatre observations de paralysie du VI^e dans le cours d'otites moyennes aiguës. — (Obs. IV.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 9 novembre 1906.

LE MARC'HADOUR ET BRUDER. — Les otites de la rougeole. — Tandis que dans la scarlatine, l'angine est le symptôme capital, c'est le catarrhe oculo-nasal qui occupe le premier plan dans la rougeole, et la complication otitique se rencontre, dans 10 à 11 % des cas. Les otites de la rougeole s'observent soit au début, soit au cours de l'exanthème, soit tardivement, vingt ou trente jours après le début de la maladie.

D'où importance, en cas d'infection de la caisse, d'agir vite au moyen d'une paracentèse hâtive pour éviter les larges destructions du tympan et surtout de surveiller le nez et le pharynx, même après la disparition de l'exanthème de la rougeole qu'on pourrait dénommer : *adénoïdite spécifique exanthémateuse*.

LUC pense que les lésions destructives considérables et rapides observées à la suite de certaines otites ne dépendent pas d'un retard à la pratique de la paracentèse, mais de l'intensité et de la virulence de l'infection.

LUBET-BARBON, de l'avis de M. Luc, a constaté que, dans les otites de la scarlatine et de la rougeole, on a rarement le temps de faire la paracentèse du tympan qui se perfore spontanément, presque au début de l'otite.

BOULAY, à propos de la méthode de rééducation d'Urbantschitch, indiquée par MM. Le Marc'hadour et Bruder comme applicable aux surdités persistant à la suite des otites rubéoliques, constate que le silence s'est fait complètement sur cette méthode.

PAUL LAURENS. — Procédé d'autoplastie pour cicatrices rétro-auriculaires d'évidement. — Deux incisions semi-circulaires, l'une antérieure, l'autre postérieure à l'orifice et se réunissant en bas et

en haut à un centimètre de ses pôles. Décollement des lambeaux et rabattement des deux volets ainsi formés de manière à ce qu'ils recouvrent l'orifice, leur surface cutanée regardant du côté de l'oreille moyenne. Suture des deux bords rapprochés.

PERCEPIED. — Otite moyenne double suppurée attribuée à la douche rétro-nasale. — Malade en traitement au Mont-Dore et atteint par deux fois d'otite moyenne aiguë suppurée à la suite de douches rétro-nasales.

GUISEZ. — Rétrécissement congénital, infranchissable par les moyens ordinaires, opéré et guéri sous l'œsophagoscopie. — Malade âgé de 19 ans et atteint depuis sa naissance d'un rétrécissement de l'œsophage constitué (comme l'auteur a pu s'en rendre compte par l'examen œsophagoscopique) par une sorte de poche constituant valvule, et obturant presque complètement la lumière du conduit, et ne portant, à sa partie inférieure, qu'un petit pertuis filiforme, seule voie de communication avec l'estomac. — Alimentation difficile, exclusivement avec du lait. Plusieurs crises de dysphagie, dont une a nécessité une gastrostomie. — A l'aide de l'œsophagoscope, la valvule a été sectionnée sous le contrôle de la vue. La dilatation a été obtenue à l'aide de bougies et maintenue depuis lors. Actuellement le malade mange de tout, liquides et solides.

Dans deux autres cas de rétrécissement, l'auteur a obtenu la guérison par le même procédé, et la bouche stomacale a pu être fermée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

BOSVIEL présente : 1°) *Une seringue en terre pour lavage d'oreilles*, à l'usage du malade.

Le jet liquide sortant obliquement de l'extrémité de la seringue, bute contre la paroi du conduit et non contre le tympan, et, après avoir balayé le conduit, sort par une rainure ménagée dans l'épaisseur de l'embout renflé en forme de poire.

2°) *Une pince à expression amygdalienne* pour le traitement des amygdalites aiguës par compression d'après la méthode de Molinié et de Vacher.

COURTADÉ, pour calmer la douleur au cours des amygdalites, préconise l'emploi du salicylate de soude ou du salol en potion (1 à 3 grammes dans les 24 heures).

Séance du 14 décembre 1906.

PRÉSENTATION DE MALADES

FOURNIÉ. — Enfant de 8 ans présentant un véritable *pouls pharyngé*, dû soit à la carotide, soit plutôt à une branche pharyngienne située et développée de façon anormale.

G. GELLÉ a présenté jadis un cas où l'artère vertébrale suivait la paroi postérieure du pharynx.

FURET. — Malade atteinte de laryngite tuberculeuse très améliorée par une série de cautérisations galvaniques.

MAHU. — Homme de 36 ans atteint depuis deux ans d'un angiome naso-labial sous-cutané de la grosseur d'une noix. Traité successivement par l'électrolyse et par des injections interstitielles d'eau oxygénée à 12 vol., cet angiome a récidivé à chaque fois. Il y a deux mois, l'ablation a été faite chirurgicalement par la voie sous-labiale et aujourd'hui le visage a repris son aspect normal. Mais l'examen histologique a fait penser qu'il s'agissait d'un épithélioma. M... demande l'avis de ses collègues sur la possibilité de cette transformation.

GLOVER a signalé autrefois, avec dessins à l'appui, des cas d'angiomes transformés ultérieurement en épithéliomes.

VIOLLET. — On a rencontré des aspects histologiques de cicatrices simulant l'épithélioma au niveau d'ulcères variqueux cicatrisés.

LUBET-BARBON. — Homme de 63 ans observé depuis quinze jours : Tumeur de la corde vocale droite qui est mamelonnée et incomplètement mobile. Intégrité du reste du larynx. Sous l'influence du repos et de quelques fumigations, le gonflement a disparu en partie et la corde vocale est un peu plus mobile. Bien que le diagnostic *épithélioma* ait été porté au début, L.-B... demande à la Société s'il ne pourrait s'agir ici de tuberculose.

La Société conclut : épithélioma.

LERMOYEZ. — Jeune fille qui, pendant les règles, exhale une mauvaise odeur par le nez et mouche quelques croûtes molles à ce seul moment. Rien à l'examen des fosses nasales ni du cavum. Mais après rétraction par application d'adrénaline, on découvre une petite croûte dans la fente olfactive et, avec le stylet, on

pénètre dans le sinus sphénoïdal gauche dont les parois sont rugueuses et dont l'orifice antérieur a été notablement élargi par la carie. Quelle conduite à tenir en cette circonstance ?

La Société conclut : 1° Essayer traitement spécifique ; 2° Résection du cornet moyen pour faciliter surveillance et écoulement antérieur.

CAUZARD. — Femme de 49 ans, avec obstruction nasale et tuméfaction dure, froide, adhérente au plan osseux de la pommette gauche. En l'absence de causes de sinusite d'origine dentaire ou nasale, on fait une ponction par la voie gingivo-labiale qui donne issue à des fongosités grisâtres rappelant la consistance encéphaloïde ; au toucher, on sent une perforation de la paroi antérieure du sinus. C..., en attendant le diagnostic histologique, demande à la Société son avis sur cette tumeur qu'il croit de nature maligne et sur l'opportunité de proposer à la malade l'ablation du maxillaire supérieure.

LUBET-BARBON pense qu'étant donné la gravité de l'intervention et la durée de la maladie, il y aurait lieu de soumettre, pendant une quinzaine de jours, la malade au traitement spécifique (mercure et iodure).

LE MARC'HADOUR est du même avis, ayant rencontré un cas analogue avec ébranlement des dents, effondrement de la paroi antérieure et diagnostic d'épithélioma tubulé porté par un maître de l'histologie, et, malgré tout, guéri complètement par l'iodure.

LERMOYEZ. — L'inconvénient de l'iodure en l'espèce est qu'il donne parfois un coup de fouet à l'épithélioma en faisant résorber la barrière cellulaire que le tissu conjonctif a élevée comme défense contre l'invasion épithéliale et en permettant au tissu néoformé ectodermique de pénétrer librement dans les espaces conjonctifs que l'iodure leur a ouverts. Le mercure, au contraire, n'est pas nuisible et l'on s'en contentait parfaitement avant que Wallace n'eût découvert, en 1836, la valeur antisiphilitique de l'iodure. L... serait d'avis, dans le cas actuel, de donner, à une semaine d'intervalle, deux injections intramusculaires chacune de 5 centigrammes de calomel.

GUISEZ. — Trois malades opérés de sinusite fronto-ethmoïdale ancienne, et actuellement guéris sans déformation par le procédé suivant : Sur la paroi antérieure du sinus, une légère brèche juste suffisante pour effectuer un curetage parfait. Evidemment complet de l'ethmoïde par la voie orbitaire. Respecter les saillies du frontal.

Séance du 41 janvier 1907.

Président : WEISSMANN.

PAUL LAURENS. — **Sur un cas de coryza spasmodique traité par la pollantine.** — L. présente l'observation d'un malade atteint de coryza spasmodique ayant résisté à tous les traitements habituels, et guéri très rapidement par des insufflations intra-nasales de pollantine sèche en poudre, suivant la méthode de Dunbar. La conjonctivite concomitante a également cédé à l'application de cette même poudre.

LUC. — **Contribution à l'ouverture chirurgicale du golfe de la jugulaire après ligature de cette veine, comme traitement de la pyémie d'origine otique.** — L. communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, chez qui une rétention mastoïdienne, survenue dans le cours d'une otorrhée droite, engendra deux ordres d'accidents : d'une part, des fusées purulentes multiples et profondes entre les masses musculaires latérales du cou, après rupture spontanée de la paroi interne de la pointe mastoïdienne ; d'autre part, des phénomènes de pyémie, consécutive-ment au développement d'une thrombo-phlébite suppurée limitée au golfe de la jugulaire. Il ne fallut pas moins de quatre interventions sous chloroforme pour atteindre dans leur totalité ces foyers multiples. Les clapiers cervicaux s'étendaient jusqu'au fond de l'espace pharyngo-maxillaire par une série de poches purulentes intermusculaires communiquant les unes avec les autres.

Le golfe de la jugulaire fut atteint et ouvert suivant la méthode de Grunert, après ligature de la veine au-dessous du tronc thyro-linguofacial, puis ligature de ce tronc lui-même, et le long canal veineux sinusojugulaire se trouva transformé, après incision de sa paroi externe, en une tranchée parfaitement désinfectée. A la suite de ces interventions multiples, les deux foyers crâniens et cervicaux avaient pu enfin être complètement drainés et la température était progressivement redescendue à la normale, quand le malade fut pris d'une grande attaque de convulsions épileptiformes, à la suite de laquelle il tomba dans le coma.

Soupçonnant un abcès encéphalique, M. Luc ponctionna dans tous les sens l'hémisphère cérébelleux et le lobe temporo-sphé-

noidal sans rencontrer de collection purulente. La mort survint quatre heures après.

A défaut du contrôle de l'autopsie, refusée par la famille du malade, l'auteur émet l'hypothèse que la mort aurait été déterminée par une hémorragie ventriculaire, causée par la haute tension veineuse intracrânienne consécutive elle-même à la double ligature jetée sur la jugulaire et son principal affluent. Cette tension veineuse fut constatée au cours de l'opération (hémorragies veineuses des os extrêmement abondantes et difficiles à arrêter).

PAUL LAURENS signale un cas de thrombo-phlébite du golfe de la jugulaire opéré par lui, et dans lequel la mort fut déterminée par une large plaque de méningite sous-pariétale. Cette localisation spéciale des lésions méningitiques est fréquente au cours des thrombo-phlébites du golfe.

GEORGES LAURENS pense qu'au lieu d'avoir pratiqué au début une simple antrotomie, il y eût eu intérêt à ce moment à faire un évidement complet de la mastoïde, à dénuder l'étage moyen du crâne et le coude du sinus, et à réséquer la pyramide apophysaire en entier : on eût peut-être ainsi été conduit à découvrir du coup toutes les fusées cervicales.

Il ne faut pas non plus incriminer la pyémie comme source de tous les accidents, puisque le sinus était sain : il s'agissait plutôt d'une périphlébite suppurée avec abcès cervicaux secondaires.

Il pense également que le caillot puriforme contenu dans le golfe de la jugulaire n'était aussi que secondaire et dû à une déhiscence du plancher de la caisse ; malheureusement l'autopsie n'a pu démontrer la possibilité de ce fait.

Il ne croit pas enfin que la ligature de la jugulaire puisse être incriminée comme cause de l'accident terminal puisqu'il s'est écoulé quinze jours environ entre cette opération et la mort.

LUC trouve que l'on a peut-être abusé de la ligature de la jugulaire, dans ces dernières années, comme mesure préliminaire à l'ouverture du sinus latéral infecté. Cette intervention n'est pas, d'après lui, exempte de danger, surtout quand on la pratique à droite, étant donné le calibre parfois très inférieur de la jugulaire gauche qui rend difficile le rétablissement de la circulation.

Comme conclusion relative à la conduite à tenir, à l'avenir, en présence d'accidents de pyémie par thrombo-phlébite sinusale, M. Luc propose la formule suivante : ou bien ne lier la jugulaire qu'en cas d'extension de la phlébite à ce vaisseau, et alors à une hauteur correspondante à la limite inférieure du thrombus septique ; ou bien, si l'on croit devoir lier la veine non infectée elle-

même, ne pratiquer cette ligature qu'au-dessus de l'embouchure du tronc thyro-linguo-facial, afin que le rétablissement de la circulation soit assuré par les veines faciales, linguales et thyroïdiennes, en même temps que par les plexus ptérygoïdiens et vertébraux.

PASQUIER. — Sur un cas de myopathie facio-scapulo-humérale à prédominance nasale. — P. rapporte l'observation d'un homme de vingt-neuf ans chez lequel évolue, depuis l'âge de vingt ans, une myopathie facio-scapulo-humérale. Le symptôme capital est un aplatissement des ailes du nez sur la cloison produisant à chaque inspiration une obstruction presque complète des narines qui se dilatent sous la poussée de l'air expiré. Il y a atrophie de la muqueuse pituitaire et des cornets. L'atrophie musculaire donne un aspect squelettique à la face. Le malade est obligé de respirer par la bouche ; la marche rapide est difficile, la course impossible. Appétit et digestion normaux. La suralimentation n'a pas arrêté l'évolution de l'atrophie.

Un traitement électrique a été institué. On a trouvé une légère diminution de l'excitabilité électrique dans le domaine du nerf facial.

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE ET LARYNGOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 3 octobre 1905 ⁽¹⁾.

E. FLETCHER INGALS. — Fibro-lipôme de la gorge. — Je présente un malade qui avait une grosse tumeur fibro-lipomateuse de la gorge. J'en avais enlevé une partie mais je dus faire une trachéotomie d'urgence. Peut-être dix ou douze jours plus tard j'en enlevais une autre portion, de sorte que la tumeur avait disparu presque intégralement. Avant son départ de la ville, j'injectais le reste de la tumeur avec de l'acide lactique, employant 2 % d'acide phénique dans l'intention de

(1) Compte rendu par MARC ANDRÉ, d'après *The Laryngoscope*.

prévenir les douleurs subséquentes à l'injection d'acide lactique à 20 %. Je ne l'avais plus revu jusqu'à hier, lorsqu'il arriva dans mon service et je trouvais que l'aspect de la tumeur avait considérablement changé. Elle me semble beaucoup plus petite qu'elle n'était quand il retourna chez lui, bien que, je l'avoue, je ne puisse dire exactement quelles en étaient les dimensions à cette époque. Elle paraît située différemment. L'observation montre une tumeur de la face supérieure du côté droit de l'épiglotte mais non adhérente à la paroi pharyngée, comme je l'avais supposé la première fois que je l'avais vue. En relisant les quelques pages précédentes de cette observation nous trouvons la tumeur comme je l'avais vue l'hiver dernier, lorsque j'en avais fait l'ablation avec un serrenœud, au cours de laquelle se produisit l'accident précité.

J'ai engagé le malade à revenir ici ce soir pour nous prier de l'examiner et de me dire ce qu'on pourrait faire de mieux pour lui. Il ne peut pas séjourner longtemps en ville. Il se gargarisa la nuit avec de l'eau glacée pour empêcher l'inflammation. Il fit usage d'eau froide pendant la nuit et quand je le revis ce matin, la masse était beaucoup plus grosse que la veille, pas le double naturellement, et l'excroissance n'avait rien d'inquiétant, et ne pouvait provoquer aucun danger.

Après l'accident de l'hiver dernier, la seule opération qui parut offrir des garanties de succès, était de faire une incision externe et d'extirper la tumeur par cette voie. C'est ce qui lui fut recommandé, mais il s'y opposa, et comme il avait beaucoup meilleure mine hier, je pensais que le mieux serait de continuer notre plan primitif.

Discussion.

PIERCE. — Vue dans le miroir, cette tumeur ressemble beaucoup à un kyste branchial. Elle paraît envahir différents tissus et se loger notamment dans le côté de l'épiglotte, dans la base de la langue et dans le repli pharyngo-épiglottique. Un résultat permanent durable et complet ne peut guère s'obtenir par un traitement local. Je lui conseillerais l'ablation par la voie externe, c'est-à-dire la pharyngotomie latérale de Langenbeck.

INGALS dit en terminant la discussion : que la manière de voir du Dr Pierce est le traitement qui s'impose de choix. Le malade ne consent pas à une opération par la voie externe à cause de la déformation. Quant à la nature branchiale du kyste, j'y avais

pensé lors de sa dernière rechute. Il y a quelque cinq ans que j'enlevais la tumeur pour la première fois, et lorsqu'il revint à la dernière rechute, l'aspect de la tumeur m'avait fait pensé que je m'étais trompé. Je crus que nous avions à faire à un kyste branchial mais le résultat de l'opération nous montre qu'il n'en était rien.

NORVAL H. PIERCE. — Présentation de malades opérés par la méthode de Killian en vue de la cure radicale de sinusites frontales suppurées. — K... était un de nos malades et le diagnostic d'empyème du sinus frontal et des cellules ethmoïdales antérieures était très facile à faire. Pendant longtemps je l'ai traité par des méthodes locales. Nous fûmes découragés, et je lui conseillais une cure radicale. Il décida alors d'aller à la source elle-même, de s'adresser à Killian en personne, et revint plus que satisfait.

Je vis K. quelque temps après l'opération qui avait été faite en juillet. L'antre était pleine de matières caséeuses, et il y avait de l'ostéomyélite de la portion antérieure du maxillaire supérieur. K. retourna en Europe et l'opération de l'antre fut complétée. Le traitement chirurgical réussit pleinement. K. est aujourd'hui complètement guéri.

J'ai opéré l'autre cas il y a trois semaines. Il présente plusieurs points intéressants : Déviation marquée du septum à gauche. Destruction de la cloison osseuse entre les deux sinus, et singularité de l'histoire de l'affection.

Ce jeune malade raconte qu'aussi loin qu'il puisse se souvenir il avait des attaques de gonflement de l'œil gauche avec exophtalmie quatre ou cinq fois l'an. L'œil revenait à l'état normal. Ces attaques étaient accompagnées de céphalée, mais il ne fut point question d'écoulement nasal jusqu'à récemment. Pendant quelque temps, il dit avoir eu ses facultés intellectuelles émoussées ; c'est un journaliste qui pense que sa mémoire lui a fait défaut à cause d'une névralgie sus-orbitaire et d'un écoulement nasal, joints à son hébétude mentale. Le diagnostic était fait, non par l'examen intra-nasal, car il était extrêmement difficile d'examiner la région située autour de l'extrémité antérieure de la tête du cornet moyen, mais en raison de l'histoire du gonflement et de l'exophtalmie et parce qu'il y avait un écoulement de pus de ce côté du nez. L'incision usuelle fut faite et à ce moment la muqueuse fut ponctionnée ; le pus avait des pulsations à travers la plaie. Ceci me fit penser à une perforation de la table interne du crâne, mais je n'en trouvai aucune. La séparation entre les deux sinus

avait entièrement disparu, et l'autre sinus frontal était plein de granulations et de pus, si bien qu'une sonde introduite en ce point pouvait pénétrer profondément. Le plancher du sinus fut enlevé ainsi que l'apophyse frontale (branche montante) du maxillaire supérieur, et les cellules ethmoïdales antérieures. La cavité fut close. Il guérit par première intension, à l'exception d'une petite portion de la grosseur d'une tête d'épingle et la guérison s'acheva ensuite sans interruption. Il y a maintenant très peu d'écoulement nasal et celui qui se produit provient du sinus du frontal qui se draine par le canal nasal. Je peux nettoyer le sinus frontal du côté opposé par une canule introduite dans le nez.

Cet autre cas présente quelque intérêt, à savoir : un grand kyste osseux de la tête du cornet moyen, accompagné de la plus grande déviation de la cloison que j'aie jamais été appelé à traiter. Elle était incurvée en S dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. La portion supérieure droite était poussée contre le cornet moyen, de sorte que la fissure olfactive était oblitérée. Plus tard le côté gauche fut obturé à son tour. Le malade ne pouvait plus respirer par le nez, ce qui le gênait fortement. La première chose que j'enlevais fut le grand kyste du cornet moyen gauche.

Il était de la grandeur d'un œuf de pigeon. Voici la phase la plus intéressante de ce cas : chez ce malade, des polypes des deux côtés se sont développés en une semaine. Je ne l'avais pas examiné durant environ une semaine, et la dernière fois que je le vis les végétations polypeuses avaient diminué, mais huit jours après l'opération les deux narines étaient si pleines de polypes qu'il avait plus de mal à respirer qu'avant l'opération.

Enfin le point le plus intéressant est la crête cartilagineuse qui s'est formée du côté droit du septum, malgré l'ablation de la totalité du cartilage.

Discussion.

HOLINGER. — Pourquoi on n'est pas intervenu sur les deux sinus frontaux simultanément. Dans la *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Siebenmann a décrit l'opération des deux sinus avec une incision en forme d'H, c'est-à-dire l'incision de Killian des deux côtés, conjointement avec une incision transversale à la racine du nez. La double opération du sinus n'est pas du tout exceptionnelle et donne de bons résultats.

J'ai présenté à cette Société un cas d'opération de Killian dans

lequel il n'y avait pas de connexion du sinus frontal avec le nez ni avec le labyrinthe ethmoïdal ni avec le sinus maxillaire. En ce cas aussi l'opération fut faite aussi d'une manière typique, c'est-à-dire l'ablation du plafond de l'orbite suivie de la transplantation des tissus de l'orbite dans le sinus frontal.

Quant à l'autre malade avec des polypes après l'ablation d'un grand kyste du nez, j'ai présenté l'hiver dernier à la Société médicale allemande un spécimen de coque d'un grand kyste du cornet moyen. Une grosse grappe de polypes tomba dans le nez qu'elle boucha complètement de ce côté. A cette époque je feuilletais la littérature médicale sur ce sujet, je fus étonné de trouver un accord presque unanime des auteurs pour admettre que ces kystes osseux sont congénitaux. Je ne crois pas qu'on ait le droit d'appeler congénital des kystes d'origine aussi manifestement inflammatoire.

C'est ici le deuxième cas que j'ai vu. Les déductions antérieures d'un médecin japonais, Kichuchi, qui a fait le meilleur travail sur ce sujet, ne concordent pas avec les faits.

BECK. — Je ne pense pas que le Dr Pierce se rende justice en présentant maintenant le malade qu'il a opéré. Je crois qu'il aurait plus de satisfaction à présenter ce malade dans six mois d'ici après avoir fait une opération sur le septum et établi un bon drainage. A l'extérieur, les apparences sont très bonnes, mais j'ai fait une expérience dans un cas de sinusite frontale que je vous ai présentée l'an passé comme guérie au moyen de l'opération de Killian. Ce cas était très analogue à celui du Dr Pierce, c'est-à-dire qu'il y avait une déviation de la cloison nasale. J'opérais sur le sinus frontal et je n'eus pas soin d'établir un bon drainage, ce qui fut cause d'une récurrence, et je dus réintervenir. Le patient ne fut pas guéri avant que la fosse nasale ne fût libre jusqu'à la région olfactive. Je doute que le malade du Dr Pierce soit actuellement guéri.

Le fait que les deux sinus sont intéressés dans ce cas ne peut être mis en doute, puisque l'opérateur a passé une sonde d'un sinus dans l'autre. Il n'est pas question ici de suppuration de la fosse nasale droite — il n'y a non plus aucune preuve de suppuration de ce côté-ci (?) (probablement le gauche).

L'autre cas de sinusite frontale rapporté par le Dr Pierce montre le bon résultat de la méthode de Killian et de l'injection de paraffine. Celle-ci est facile à pratiquer dans toutes ces opérations après la chute secondaire de l'escare, il se produit une dépression et cette dernière peut très utilement être remplie d'une petite quantité de paraffine.

INGALS. — Le Dr Pierce a parlé de polypes se produisant très rapidement. J'ai vu souvent de larges polypes peu de jours après que je croyais que le nez en était exempt. Certainement il n'y avait pas de polypes tant que le patient était en traitement mais je les ai trouvés une semaine plus tard et j'avais supposé qu'ils étaient formés auparavant et qu'il y avait en dedans une petite cavité vide qui se remplissait tout à coup.

Quant au cas où il a trouvé deux sinus frontaux communiquant, cela m'en rappelle un autre que j'opérais il y a quelques années, où aucune séparation n'était visible entre les deux et la paroi postérieure avait intérieurement disparu. Nous savons que quelquefois le sinus d'un côté peut être ou absent ou très petit et que les deux sinus peuvent se vider normalement par un seul conduit, de sorte qu'il n'est pas du tout surprenant qu'il ait trouvé les deux sinus intéressés en même temps.

Quant aux résultats postérieurs à ces opérations, on peut faire grand bien à ces malades par l'emploi de la paraffine comme on le voit en ce cas. Quant à savoir si la paraffine est entièrement inoffensive, je pense que la question est encore pendante. Dans nombre de cas que j'ai vus le printemps dernier, la rétraction cicatricielle était tellement hideuse qu'elle constituait une contre-indication à une opération sur une femme. Ceci pourrait être empêché par la paraffine pendant un certain temps au moins.

GRADLE. — Je voudrais que le Dr Ingals nous donnât plus de détails sur son opération des sinus frontaux par le nez.

INGALS. — L'opération que j'ai suggérée pour drainer le sinus frontal est applicable là où nous pouvons introduire une sonde dans le nez et dans le cas où cela est praticable nous pouvons faire une ouverture libre. J'ai eu deux malades affectés de sinusites frontales — l'un apparemment depuis dix ans et l'autre depuis seize ans. Dans les deux cas la suppuration cessa en dix ou douze mois. Il n'y avait pas tant de pus que dans les cas de Killian. Je ne pus rien voir qui ressemblât à du pus. J'ai un malade que j'ai opéré il y a deux mois, dont l'affection durait depuis quelques années, j'ignore combien, et les résultats semblaient satisfaisants. L'opération se fait en introduisant une sonde de 1 à 2 millimètres de diamètre et au-dessus une fraise ou *curette creuse*. J'introduis au-dessus de la fraise un tube en spirale pour l'empêcher de blesser les tissus quand on la fait tourner. On relie la fraise à un tour de dentiste, on l'applique et elle pénètre promptement dans le sinus frontal. Le guide protecteur dépasse la fraise de 1 millimètre à 1 centimètre à volonté et à la pro-

fondeur que l'on veut. La fraise ne peut pénétrer plus avant, ce qui vous empêche de pratiquer une ouverture involontaire à travers la paroi cérébrale du sinus frontal. L'opération semble indiquée dans certains cas appropriés, même là où on voudrait pratiquer une curé radicale, parce qu'on peut établir un large drainage en plaçant une petite canule dont vous connaissez tous la forme.

PIERCE. — Killian déconseille la double opération en un seul temps. Il n'y a rien à y gagner, car il trouve que le choc opératoire est comparativement beaucoup plus grand. C'est pourquoi il opère, si les deux sinus sont affectés, sur un seul sinus à la fois et j'ai suivi son conseil dans ce cas. Et quand même je n'aurais pas été témoin de cette méthode de Killian, je n'aurais pas opéré sur les deux sinus en une séance, car il m'a fallu près de deux heures pour faire mon opération et le malade était très faible à la fin. Cependant je crois que ce sinus du côté droit a une chance de guérir sans une seconde intervention. Il se draine maintenant complètement et chaque jour il y a une diminution prononcée de l'écoulement. Je me suis demandé si cette grande cavité qui surplombait à droite n'était pas une partie du sinus gauche. Cela est possible.

En ce cas il peut bien n'y avoir qu'un seul sinus. Ce peut être un énorme sinus gauche qui déborde sur le côté droit ; et il peut y en avoir un petit encore plus loin vers la portion externe de ce sinus gauche.

En réponse aux remarques du D^r Beck, je dirai que la résection sous-muqueuse du septum ne devait pas se pratiquer en présence de l'empyème des sinus. Killian considère cela comme une contre-indication.

En réponse à la question du D^r Ingals, je crois que ces polypes du côté gauche se sont formés *in toto* dans une semaine parce que j'ai examiné soigneusement mon malade deux ou trois jours après pour constater l'absence ou la présence de polypes. Et il n'y en avait pas autant qu'un examen soigneux a pu m'en convaincre. La place de quelques uns de ces polypes ne pouvait pas les laisser passer inaperçus.

OTTO F. FREER. — Infiltration diffuse du côté droit du nasopharynx accompagnée de parésie des nerfs crâniens.

Discussion.

O. STEIN. — Je n'ai pas compris si on a fait ou non quelque mention relative au sinus sphénoïdal et s'il y a eu quelque remarque faite sur l'état de ce sinus.

GRADLE. — Le cas me rappelle un cas semblable. Un homme vint me trouver en janvier dernier, âgé d'environ 60 ans, bien conservé, avec une paralysie du droit externe et droit interne de l'œil gauche ; les yeux eux-mêmes étant normaux. Cet homme déclara qu'il avait l'ouïe défectueuse, particulièrement du côté droit. Je ne pus reconnaître si l'état des muscles droits était en connexion avec une affection intra-crânienne, mais en poursuivant mes recherches je trouvais que sa respiration n'était pas satisfaisante, spécialement du côté droit. L'examen des fosses nasales ne montrait qu'une légère déviation du septum. L'amygdale pharyngienne était hypertrophiée vers la droite et ce qui ressemblait à un œdème diffus s'étendait jusqu'à la trompe d'Eustache du côté droit. Immédiatement je soupçonnais une néoplasie probablement tuberculeuse. Il y avait une légère infiltration de la pointe du poumon droit et on trouva quelques bacilles tuberculeux dans les crachats.

Afin d'éliminer la syphilis on prescrivit un traitement anti-syphilitique complet, mais sans résultats. Cet homme pensait mourir quand il se remit subitement, alla passer quelques mois dans le midi et revint en assez bonne santé. Entre temps, un ganglion lymphatique du côté droit du cou, gros comme une châtaigne, avait atteint le volume d'une petite pomme. La néoplasie pharyngienne s'était tellement développée qu'en regardant par la bouche on pouvait voir la moitié droite du palais repoussée en avant. Je ne pus enlever aucun tissu de la paroi postérieure du pharynx avec le ténotome. La surface était trop lisse, de sorte que je ne pus faire aucun examen microscopique du tissu, étant dans l'impossibilité de lui faire suivre un meilleur traitement qu'un traitement palliatif ; je l'adressais au Dr Pusey pour le soigner avec les rayons X. Ce traitement, à ma grande surprise, améliora merveilleusement son état. Le ganglion lymphatique diminua considérablement en trois ou quatre semaines. L'œdème de la gorge avait cessé de croître comme auparavant.

Je n'étais pas sûr qu'il eut diminué dans la partie visible du palais ou à la voûte du pharynx autant que je pouvais m'en assurer à l'aide du miroir. Mais il se sentait plus à l'aise et con-

tinua à mieux aller pendant trois ou quatre semaines, au bout desquelles je le perdis de vue. Selon toute probabilité c'est là, un cas de carcinome diffus.

FREER. — Quant à la question du sinus sphénoïdal, je n'en ai pas fait l'exploration, vu qu'il n'y avait rien qui m'y incitât. Il n'y a pas eu d'écoulement purulent par aucune des narines toutes les fois que j'ai examiné le malade. Néanmoins, je me propose de passer une sonde dans le sinus pour m'assurer qu'il n'en sort pas de pus.

STEIN. — J'ai connaissance d'un cas qui présentait les mêmes symptômes objectifs et qui a été immédiatement soulagé par une incision pratiquée dans le sinus sphénoïdal.

A ce moment il n'y avait aucun signe de suppuration, l'incision était purement exploratrice. La paroi antérieure fut ouverte et le pus s'écoula librement, après quoi les symptômes disparurent peu à peu.

FREER. — Y avait-il une parésie étendue des muscles oculaires ?

STEIN. — Pas aussi étendue que dans votre cas. Le nerf optique était affecté dans celui-ci, mais il ne l'était pas dans le mien et je n'en connais pas les détails.

Depuis cette discussion, le sinus sphénoïdal du côté malade a été ouvert et trouvé normal. (O. T. Freer). »

O. J. STEIN. — Un cas de tuberculose laryngée avec production de la pièce.

EDWIN PYNCHON. — Un nouvel amygdolotome. — P. présente cet instrument dont il est l'inventeur.

Séance du 7 novembre 1905.

Président : I. BALLENGER M. D.

EDWIN PYNCHON. — Pince amygdalienne. — Présente un nouveau modèle de pince amygdalienne qu'il trouve particulièrement utile et recommandable. — *Rugine mousse*. — Il présente aussi une rugine mousse de son invention. Il avait été frappé de deux défauts de l'instrument employé par Hajek. Le premier était que l'ins-

trument en lui-même était si court qu'en séparant le périchondre ou le périoste à une grande profondeur, il fallait introduire le manche dans la plaie ; il estime que c'est un défaut sérieux, il inventa donc une rugine mousse dans laquelle ce défaut était corrigé par l'allongement de la lame. En outre, un des bords de son instrument étant copié sur le modèle de Hajek, l'extrémité postérieure de l'autre bord était saillante de manière à servir de levier agissant d'arrière en avant. Il a été satisfait de son emploi. Ces deux instruments sont fabriqués par Hardy et C^{ie}, Chicago.

HENRY GRADLE M. D. — **Réflexes du nez.** — Le D^r H. Gradle a lu une notice sur les réflexes du nez où il cite des faits observés par lui-même et par d'autres et critique les extravagantes prétentions élevées à ce sujet dans les années antérieures.

Il a noté cependant qu'il y a des exemples qui peuvent être bien constatés comme troubles nerveux provenant d'une maladie irritante du nez et qu'on peut guérir.

Discussion.

I. GORDON WILSON. — Après l'excellente revue générale que le D^r Gradle a faite de ce sujet, il me reste très peu à dire au point de vue clinique. Je veux limiter mes remarques principalement à l'anatomie et la physiologie de la question.

En la discutant je déclare que j'emploie le terme réflexe dans un sens physiologique. Je fais usage de ce terme dans ce sens que nous avons à une extrémité un organe exciteur, relié à un centre, lui-même en connexion avec un organe exécuteur. Je m'élève contre l'emploi si souvent indéfini du mot réflexe en essayant de classer sous ce titre des connexions mal comprises qu'on suppose pouvoir exister entre diverses parties du corps, particulièrement s'il y a dans l'un et l'autre des modifications pathologiques. C'est un grand dommage qu'à propos de ce terme nous nous séparions des physiologistes parce que la médecine clinique devient de plus en plus scientifique et qu'on nous demande de définir nos expressions beaucoup plus rigoureusement que nous ne le faisons par le passé.

Notre connaissance du système nerveux a fait de grands progrès dans ces deux ou trois dernières années ; elle s'est modifiée en bien des détails en ce qui concerne les réflexes nasaux. Par exemple, on nous dit que les nerfs de la partie respiratoire du nez partent principalement du ganglion de Meckel. Il est no-

toire qu'aucun nerf distinct n'émane de ce ganglion. Les fibres émanant du ganglion de Meckel rejoignent les nerfs qui le traversent venant du vidien ou passant au-dessus, provenant du ganglion sphéno-palatin de la 5^e paire cranienne. Nous lisons que le nerf vidien est formé par le grand pétreux superficiel émanant du ganglion géniculé et par le pétreux profond provenant du plexus sympathique entourant la carotide interne. Cette description ne mentionne pas la branche qui aboutit au nerf vidien en partant du nerf tympanique de la 9^e paire cranienne ; connexion importante en ce qu'elle nous montre l'étroite relation qui existe entre les nerfs de la muqueuse nasale avec le glosso-pharyngien, et par ce dernier et le nerf vague avec la partie inférieure des voies respiratoires.

Les principaux nerfs sensoriels du nez partent du nerf maxillaire supérieur branche de la 5^e paire, ils traversent le ganglion sphéno-palatin. Quelques fibres de ces nerfs finissent dans le ganglion de Meckel ; un certain nombre provenant directement du ganglion de Meckel rejoignent les ramifications du ganglion sphéno-palatin et se terminent dans les vaisseaux sanguins et les glandes du nez et du palais mou.

Les nerfs du ganglion de Meckel semblent surtout reliés au système vaso-moteur et au système sécréteur. Quelques-unes des terminaisons vont indubitablement au delà du nez. Par exemple il y a une branche qui va du ganglion à la 5^e paire, puis soit par le nerf zygomatique et par le nerf ophtalmique à la glande lacrymale. Il y a ici une route clairement déterminée par laquelle l'irritation de la muqueuse nasale peut provoquer du larmoiement.

En discutant le côté physiologique de la question je me bornerai à demander comment les réflexes nasaux peuvent affecter les voies respiratoires. Il est très vrai que nous n'avons guère conscience de l'activité des réflexes nasaux, mais je crois qu'ils fonctionnent incessamment et que notre connaissance de leur activité provient très fréquemment de quelques conditions pathologiques dans lesquelles ils sont plus stimulés qu'à l'ordinaire, conditions dans lesquelles les neurones supérieurs sont stimulés par les neurones inférieurs. C'est peut-être pour cette raison qu'on a fait si peu d'attention aux réflexes nasaux.

Autre point : les réflexes du nez comme tous les autres réflexes sont indépendants de la volonté. Nous pouvons dans une certaine mesure influencer le réflexe nasal en en excitant les voies efférentes. Ainsi si nous avons une légère irritation du nez désagréable

mais insuffisante pour provoquer l'éternuement désiré, nous pouvons produire cet éternuement en fixant une lumière brillante. En ce cas, un stimulant additionnel a été ajouté avec intention au stimulant nasal pour produire le phénomène réflexe. D'après cela, il semblerait qu'un stimulant additionnel à une impulsion sensorielle peut mettre en activité le mécanisme efférent.

Quelle est l'importance physiologique des réflexes nasaux ? Nous avons assez de données expérimentales pour nous renseigner sur ce point. Si on stimule la muqueuse d'un chien ou d'un chat, on constate une vaso-dilatation des vaisseaux du nez, la fermeture de la glotte, le ralentissement du cœur et de la respiration. Si le stimulant est assez fort, on peut provoquer l'éternuement et la toux. Qu'est-ce que cela signifie ? Que nous avons affaire à un mécanisme de protection des voies respiratoires contre les irritants.

L'an passé, j'ai présenté à cette société une notice où je montrais que nous sommes enclins à oublier une des fonctions du larynx, à savoir la défense des voies respiratoires. D'une manière analogue, les réflexes nasaux concourent physiologiquement à la protection des voies respiratoires.

Le réflexe nasal peut être provoqué par divers irritants, électriques, mécaniques et chimiques ; mais les chimiques sont les plus puissants. Comme Brodie l'a démontré, un flacon de brome tenu sous le nez d'un chien amène la fermeture de la glotte.

Arrivant à l'intéressante question de l'influence des maladies du nez sur la production de l'asthme, on ne saurait douter que l'ablation de diverses parties malades du nez a produit un soulagement et suspendu au moins temporairement les paroxysmes. Mais ceci ne prouve pas que les maladies du nez soient la cause primaire de l'asthme. Elles peuvent n'être que le stimulant secondaire ou additionnel dont nous parlions tout à l'heure. Si l'on écarte la cause secondaire et qu'on donne au malade plus de chances de guérison, on a gagné un grand point.

On a souvent avancé qu'il y a dans la muqueuse respiratoire des territoires plus irritables que d'autres. Les nerfs ni leurs terminaisons dans aucun territoire particulier ne confirment cette manière de voir. Il y a au niveau du septum un territoire qui diffère du reste du septum, c'est ce qu'on appelle le tubercule nasal.

On a démontré chez les animaux qu'il y a un territoire particulier du septum qui plus que tous les autres produit la contraction réflexe des muscles bronchiaux. Il se peut que ces deux territoires coïncident, mais cela n'a pas encore été démontré jusqu'ici.

En résumé, l'important, au point de vue clinique, est d'entraîner

les réflexes anormaux. Le chloroforme et l'éther produisent le même effet.

NORVAL H. PIERCE. — D'après mon expérience clinique, je crois qu'il y a très peu de névrose nasale réflexe. Dès le début de cette communication, j'ai médité sur cette question et ne puis rappeler que deux cas de soulagement notable de l'asthme : l'un par l'ablation de polypes plutôt petits; dans l'autre cas, l'on obtint le même résultat en corrigeant une déviation de la partie supérieure de la cloison. Il y a plus de cinq ans que ces deux cas se sont présentés; et depuis lors je n'en ai plus rencontré où l'asthme pût être attribué à une affection intranasale, autant que j'ai pu m'en convaincre.

On n'a pas parlé du territoire sexuel du nez. Je comptais néanmoins que cette partie du sujet serait discutée. Un cas m'a été présenté, il y a un an environ. La malade était la femme d'un médecin, affectée de dysménorrhée, femme très névropathe et hystérique. Je fis une expérience; après m'être assuré que c'était la dernière espérance de la guérir de sa dysménorrhée. J'essayais de la convaincre que je constatais indubitablement une affection nasale qui selon toute probabilité était la cause de sa dysménorrhée. Elle me crut sur parole et fut trop heureuse quand je lui cautérisai des deux côtés la partie postérieure du septum. Elle était un peu hyperhémiee, mais il n'y avait pas de tuméfaction accusée. Je la cautérisai néanmoins, et la période menstruelle suivante fut infiniment moins douloureuse qu'elle n'avait été depuis longtemps. Cela dura environ trois mois au bout desquels elle cessa ce traitement et la dysménorrhée reparut. Or, je ne crois pas que la cautérisation du septum nasal eût aucun rapport avec la disparition de la dysménorrhée, et je crois que la majorité de ces cas, sans même en excepter l'asthme, qui ont été guéris, c'est-à-dire qu'on a cru guérir par des opérations intranasales, étaient des cas d'hystérie, de névrose soulagées par la suggestion.

Sans doute, à part les deux cas d'asthme précités, je n'ai jamais vu un cas bien prononcé de névrose réflexe qui ait été guéri par une opération intranasale. Nous avons tous vu des névralgies faciales et des névralgies qui sortaient du domaine physiologique, névralgies d'irradiation, guéries par le drainage de l'antre ou par la destruction de l'ethmoïde ou par le drainage du sphénoïde. — Mais ce sont là à peine des névroses réflexes, comme l'a dit le Dr Gradle.

EDWIN PYNCHON. — Il y a un point que je n'ai pas vu relever concernant les causes de l'asthme, je veux parler de l'hypertrophie

postérieure des cornets. J'ai vu des cas prononcés d'asthme guéris promptement et définitivement par l'ablation de l'hypertrophie postérieure d'un cornet par l'emploi de l'anse galvanique. — Nous tous, dans notre expérience du traitement de la fièvre des foins, nous avons observé, qu'en bien des cas, le malade a été soulagé ou même guéri par l'ablation d'une crête de la cloison, comme l'a mentionné un de mes prédécesseurs, et une fois par l'ablation de polypes ou d'un cornet très hypertrophié.

Maintenant, à mon avis, un principe général ressort des résultats obtenus par différents procédés ou différents cas, et le tout repose sur ce fait que dans la fièvre des foins, il y a toujours une ventilation imparfaite et un drainage défectueux de l'attique du nez. Je n'ai jamais vu jusqu'à ce jour un cas de fièvre des foins où dans les paroxysmes on ne constatât pas une turgescence du cornet moyen accompagnée de mucosités surabondantes, avec occlusion de la partie correspondante du nez. A mon avis, et dans la mesure de mes observations, ces cas de fièvre des foins peuvent être traités chirurgicalement dans l'intervalle des crises de manière à détruire assez de tissus pour que pendant le processus de l'œdème les surfaces opposées ne se touchent pas, et par ce moyen nous pouvons diminuer considérablement la prédisposition à la fièvre des foins si nous ne la guérissons pas. — On sait naturellement que dans la fièvre des foins il y a une combinaison de causes qui a été décrite comme un trépied. L'une des conditions étant un nez défectueux, l'autre, certaines conditions qui ont été décrites comme la diathèse de l'acide urique, la troisième enfin, l'exposition à des causes irritantes. Si on peut mettre le nez dans une condition physiologique telle que l'air puisse en tout temps pénétrer la totalité des fosses nasales, les sinus seront ventilés et il s'en suivra une diminution marquée de la prédisposition aux rechutes.

Quant à l'asthme, toutes les fois que l'attique du nez est obturée au point d'empêcher la ventilation des sinus et l'évaporation de la sécrétion nasale dans la région supérieure du nez, il y a un écoulement constant de sécrétion le long de la trachée et des bronches et c'est dans cet écoulement de la sécrétion muqueuse du nez que nous trouvons la principale cause de l'asthme ; par conséquent, si nous diminuons les sécrétions pathologiques et que les sécrétions normales puissent s'évaporer, nous en aurons fini avec la prédisposition à l'asthme. Vous comprendrez que je ne pars de cette considération que quand la muqueuse de la partie postérieure du nez est hypertrophiée et que par l'obstacle à l'éva-

puration des sécrétions nasales, il y a un certain épaissement et une certaine décomposition qui rend la sécrétion irritante. Il y a aussi un autre fait à rappeler, c'est que quand la muqueuse ou les tissus du nez sont hypertrophiés chroniquement, ils cessent d'émettre une sécrétion séro-muqueuse normale.

G. — E. SHANBAUGH. — Il n'y a pas aujourd'hui un rhinologiste qui puisse parcourir la littérature des 20 dernières années concernant les réflexes nasaux sans être étonné de la facilité avec laquelle beaucoup de rhinologistes de cette époque attribuent à des réflexes nasaux toutes sortes de névroses. La littérature de cette période nous donne cette importante leçon que la question doit être étudiée avec circonspection.

Si nous nous attachons à analyser les méthodes par lesquelles on établit le diagnostic d'un réflexe nasal, nous apprécierons bien vite combien d'erreurs peuvent se glisser dans le diagnostic.

En premier lieu, la méthode de diagnostic des réflexes du nez au moyen du stylet nasal peut causer une erreur de diagnostic. La théorie de cette méthode est que si les territoires qu'on appelle sensitifs de la muqueuse nasale sont touchés avec un stylet, on provoquera un réflexe. Il est de fait que les personnes affectées d'un réflexe nasal supposé sont généralement névropathes à un haut degré et il est très facile de comprendre comment l'irritation d'une membrane aussi sensible que la muqueuse nasale produirait une crise de ce trouble nerveux particulier dont le patient pourrait souffrir sans que la muqueuse fût en rien cause de ce trouble.

En outre, la méthode de diagnostic du réflexe nasal par l'emploi de la cocaïne est une cause d'erreur. Cette méthode est basée sur la théorie suivante : Une personne étant affectée d'un réflexe nasal, la cocaïnisation du territoire sensitif particulier du nez, arrêtera momentanément le trouble réflexe. La cessation temporaire d'un trouble nerveux, sous l'influence de la cocaïne, ne saurait être considérée comme une preuve de l'origine nasale de ce trouble, puisqu'on a reconnu que de l'eau appliquée de la même manière produit le même effet. Des cas de ce genre poussent très facilement à l'erreur.

Une autre méthode de diagnostiquer le réflexe nasal consiste à opérer sur la cause supposée de l'affection nasale. Le soulagement est considéré comme une preuve concluante d'origine.

Un tel raisonnement est ici très défectueux et a souvent conduit à des opérations inutiles. L'examen d'un nez quelconque révèle des différences anatomiques telles que de légers éperons du septum

qu'un enthousiaste regardera facilement comme la cause du réflexe et les opérera. On commet souvent la même erreur en attribuant à d'anodines différences anatomiques nasales la cause du catarrhe nasal ou pharyngien et même une ou toutes les manifestations du catarrhe chronique de l'oreille moyenne. C'est alors qu'on soumet à une opération intranasale qui n'a fatalement d'autres résultats que d'empirer au lieu d'améliorer la situation.

Il n'y a peut-être pas d'erreur plus pernicieuse que d'interpréter l'effet d'un soulagement momentané d'un symptôme nerveux après une opération comme la preuve que ces troubles nerveux étaient produits par la région opérée. Les gynécologues, je crois, tiennent le record de cette sorte de raisonnement et tout le monde connaît le mal fait par les gynécologues enthousiastes par leurs opérations sur l'ovaire pour améliorer l'état nerveux.

Une spécialité et la rhinologie ne fait pas exception, est un terrain dangereux pour l'activité d'un enthousiaste. Dans le cas particulier du réflexe nasal, le rhinologue doit être sur ses gardes pour n'être pas amené à de fausses conclusions par des raisonnements erronés.

G.-P. HEAD. — Le Dr Wilson dans ses remarques a fait allusion aux cas rapportés par Francis. J'ai remarqué, dans une communication lue l'année dernière au *British Medical Association*, qu'il citait un grand nombre de cas d'asthme guéris de la même manière, et prédisait que ce serait à l'avenir, pour tout praticien général, le moyen de traiter l'asthme, à savoir la cautérisation du territoire particulier dont parle le Dr Wilson ; c'est-à-dire ce point du septum qui fait face à l'extrémité antérieure du cornet moyen. On a suggéré que l'affection de ce territoire n'est pas nécessairement la cause de l'asthme ou d'autres névroses réflexes, mais que c'est là un territoire particulièrement impressionnable de cette région et facile à atteindre. Il peut y avoir d'autres territoires qui sont moins accessibles mais qui, si on les opérait, pourraient devenir une cause de diminution de ces troubles tout aussi efficacement que par la cautérisation du territoire particulier. Mais ce dernier est un point commode à atteindre et on peut soulager bien des cas en le touchant.

Le système général est équilibré chez certains individus de telle sorte qu'une erreur considérable dans un organe ou de très petites erreurs dans plusieurs organes rompent cet équilibre et causeront une névrose symptomatique. — Si nous corrigeons quelqu'une de ces causes nous mettons le système général en état de reprendre son équilibre et nous prévenons ces explosions qui

apparaissent sous forme de névrose. Il suffit en effet d'une très petite défectuosité nasale pour déterminer de grands troubles lorsque les circonstances concourent à y faire converger toutes les défectuosités des autres organes.

Il est avéré que nous avons dans le nez des zones très sensibles et nous savons qu'une personne qui ne respire pas normalement par le nez porte en elle un facteur de troubles nerveux. Si nous pouvons remédier à cet état, nous aurons fait beaucoup pour améliorer les névroses dont il a été question. Et à mon avis c'est dans ce sens que la majorité d'entre nous opère dans le nez. Nous disons généralement à un malade dont le nez est en mauvais état : « Je ne sais pas si ceci vous guérira ; ce que je sais, c'est que cela améliorera votre état général ; en rendant votre organe normal, l'opération vous aura soulagé. »

Je me rappelle en ce moment une demi-douzaine de cas d'enfants chez lesquels on ne pouvait songer à guérir l'asthme par une opération ; mais chez qui l'asthme a complètement disparu après l'ablation de végétations adénoïdes. Je me rappelle notamment trois enfants d'une même famille qui tous étaient asthmatiques de naissance jusqu'à l'ablation de leurs végétations adénoïdes.

JOHN EDWIN RHODES. — En notre qualité de laryngologiste et de rhinologiste nous devons être très réservés sur l'emploi du terme réflexe nasal ; c'est un très vaste champ d'observations. En faisant une étude critique de tous les cas cités, nous ne pouvons conclure autrement.

Quoique ce sujet ait été présenté maintes fois et qu'il ait été étudié à fond, une discussion critique est toujours profitable. Comme l'a dit le Dr Gradle, quoiqu'on ait beaucoup écrit sur ce sujet, son caractère théorique est encore évident et cette évidence s'accroît en étudiant les causes de l'asthme.

Bon nombre d'entre nous ont traité des cas d'asthme par des opérations intranasales, ablation de polypes, cautérisation des zones particulières, avec des résultats assez satisfaisants. Mais en d'autres cas semblables nous n'avons pas été aussi heureux, nous n'avons pu en aucune façon soulager le malade. Nous devons étudier les points physiologiques mentionnés par le Dr Wilson et, avant tous les autres, la question de savoir ce qui constitue un « réflexe nasal ».

Dans une discussion de ce genre nous risquons beaucoup de nous égarer de la question. Réflexe nasal signifie que nous avons un nerf sensitif afférent, un centre probablement dans le système cérébro-spinal et un nerf moteur efférent.

La fièvre des foins ne peut pas être classée parmi les affections qui résultent uniquement d'un réflexe nasal. Dans la fièvre des foins nous avons à lutter contre d'autres éléments tout aussi importants sinon beaucoup plus. — Nous avons l'irritation des terminaisons nerveuses des fosses nasales ; les stimulants atmosphériques, le pollen ; une prédisposition névropathique chez le patient ; les conditions psychiques dans lesquelles le malade vit, travail, etc.

Il y a assurément quelques conditions anormales qui proviennent visiblement d'un réflexe nasal. Nous savons tous qu'on obtient un réflexe nasal par l'irritation de la muqueuse soit par des excroissances, soit par le contact d'un stylet ou autrement. La toux, l'éternuement, des spasmes de la glotte et des quintes asthmiques peuvent provenir de réflexes nasaux. Mais le Dr Wilson a démontré que ce sont là des conditions purement physiologiques et nous ne pouvons que nous ranger à son opinion. En tenant compte de tout ce qui précède, c'est un fait assez bien constaté que l'asthme est quelquefois un réflexe nasal ; mais qu'il puisse être guéri par une opération nasale déterminée, cela semble douteux. En effet, Francis rapporte 402 cas d'asthme qu'il a traité, par la cautérisation de la portion antéro-supérieure du septum nasal, en prétendant les avoir guéris tous à l'exception de 8, tandis que d'autres, également dignes de foi, déclarent avoir guéri l'asthme par la cautérisation de la tête du cornet inférieur ou par l'ablation de polypes, d'exostoses ou d'autres obstructions. Il semblerait alors qu'il n'y a pas de région distincte (autant qu'on puisse le constater par la comparaison des cas précités), qu'on puisse désigner définitivement comme la région à traiter pour guérir l'asthme.

On a dit qu'en prenant le réflexe nasal comme point de départ, on peut presque tout avancer. On peut en dire autant d'autres réflexes. Il me suffirait de mentionner ceux qui ont été avancés par quelques gynécologistes et ophtalmologistes. On s'explique que nous puissions tant nous égarer des faits positifs dans des discussions sur ce sujet parce qu'on en a peu de preuves positives. Nous devons admettre avec le Dr Shambaugh qu'une quantité de théories nous obsèdent. Les méthodes que nous employons sont hypothétiques et après tout ne prouvent réellement pas grand-chose. Beaucoup d'entre nous ont vu des cas semblables à ceux que rapporte le Dr Pierce. On m'en a raconté un pareil il n'y pas longtemps.

La malade, une jeune femme, souffrait depuis plusieurs années de dysménorrhée. Pendant une de ses périodes menstruelles, son

médecin lui appliqua de la cocaïne sur la portion antérieure du septum nasal. La dysménorrhée en fut promptement soulagée. Par la suite, il m'envoya sa malade pour lui cautériser cette région nasale, ce que je fis ; mais je ne sais pas combien de temps dura l'amélioration. Elle se trouva beaucoup mieux pendant un certain temps, mais je doute fort qu'on puisse attendre une guérison durable d'un tel procédé en bien des cas de ce genre. L'état nerveux du malade doit être considéré comme un facteur important dans ces cas. Je me souviens d'avoir entendu citer un cas d'épilepsie qui fut guéri par l'ablation d'un éperon du septum. Il semble bien démontré que cet éperon était la vraie cause de ces attaques d'épilepsie puisqu'un tampon ayant été introduit dans le nez pour empêcher l'hémorrhagie, le gonflement de ce tampon fit reparaitre les attaques auxquelles la malade était sujette.

Après l'ablation du tampon, les attaques cessèrent et d'après les dernières nouvelles, l'ablation de l'éperon avait amené la guérison définitive. Néanmoins, des cas de ce genre à mon avis sont purement théoriques et n'ajoutent pas grand'chose à nos connaissances.

GEORGE PAULL, MARQUIS. — Je me bornerai à insister sur ce point que nous ne devons pas essayer de tout attribuer directement au réflexe, mais que nous devrions distinguer le réflexe nasal de l'irritation mécanique. Par exemple : nous savons que des asthmatiques ont éprouvé un soulagement considérable par l'ablation de végétations adénoïdes, de queues de cornets, ou après l'ablation de polypes. Mais dans ces cas, nous avons toujours une irritation mécanique due à la sécrétion de ces diverses dystrophies. L'irritation mécanique de cette sécrétion, dans le pharynx au-dessus de l'épiglotte, irrite parfois le larynx lui-même, provoquant des spasmes ou des attaques, qui, sinon causées directement par cette sécrétion, proviennent d'une prédisposition accrue ou provoquée à l'asthme. — D'autres exemples sont ceux de l'obstruction mécanique du nez causée par la déviation du septum, des éperons ou des hypertrophies, j'ai vu nombre de cas de maux de tête persistants dans lesquels les malades ont été guéris par le simple redressement de la cloison là où elle comprimait le cornet moyen. Ce n'était pas un réflexe nasal mais une pression directe. D'un autre côté nous voyons des cas de réflexe pur et simple. Je me souviens du cas d'un enfant que j'opérai l'hiver passé. Cet enfant avait de fréquentes convulsions. Je diagnostiquai des végétations adénoïdes, et après leur ablation, les convulsions cessèrent. Je ne vois pas comment ces cas pourraient s'expliquer par un trouble de pression.

Il y a bien des cas que nous attribuons à des réflexes mais qui selon moi peuvent s'expliquer par la pression mécanique directe. Il ne faut pas tout attribuer à un réflexe nasal, quand dans bien des cas on peut constater directement que la cause est tout autre.

J. HOLINGER. — A propos des remarques du Dr Gradle, sur les relations des affections du cœur avec les affections nasales, je voudrais rappeler que j'ai lu dernièrement, à l'association médicale du Mississipi, une notice sur l'infection ou l'intoxication du sang d'origine nasale. J'ai cité des cas où le rhumatisme fut guéri par des interventions intranasales, particulièrement sur le sinus frontal. Il me semble très possible que certaines lésions du cœur soient des métastases d'affections nasales, comme cela a été prouvé depuis longtemps à propos des amygdalites septiques. Les lésions du cœur ne pourraient-elles pas s'expliquer de même comme une forme d'intoxication générale du sang provenant du nez ? Le cas le plus significatif de ce genre était un vieillard qui n'était pas névropathique mais qui avait un rhumatisme généralisé depuis de longues années. Il me consulta, j'enlevai des polypes de la partie antérieure du nez, et après m'affirma nettement qu'il n'avait plus de rhumatisme. Cependant le rhumatisme revint au bout de quelques mois pour disparaître encore après l'ablation d'une autre série de polypes. En fin de compte, son rhumatisme fut définitivement guéri après l'ouverture du sinus frontal et l'ablation de quelques parcelles d'os nécrosé. Il ne peut être question de relation de cause à effet dans ce cas. C'était simplement une intoxication générale du sang causée par l'affection du sinus frontal et le rhumatisme n'était rien autre qu'une légère infection concomitante. Je pense donc qu'il faut tracer une ligne de démarcation entre les véritables réflexes du nez et l'infection générale accompagnée de métastase dans différents organes sans phénomènes nerveux. Je doute cependant qu'un diagnostic différentiel soit toujours possible et je m'explique ainsi une partie des théories sur les réflexes du nez.

A.-H. ANDREWS. — Il est évident, après avoir écouté cette discussion, qu'il est très difficile de déterminer la relation de cause à effet. On ne saurait guère douter, je crois, que quelques-uns des effets que nous voyons proviennent, comme l'indique le Dr Head, de la perturbation de l'équilibre nerveux, causée par l'état des fosses nasales.

La question de la dysménorrhée a été débattue. J'avais acquis quelque expérience en traitant peut-être une demi-douzaine de

cas analogues, qui m'avaient été adressés par un gynécologue. J'ai été à même d'en observer 3 ou 4. Dans 3, la dysménorrhée a reparu, bien qu'elle eût été, disait-on, grandement améliorée peu après la cautérisation du nez. Chez une malade dont le nez avait été cautérisé plus de deux ans auparavant (je ne puis pas donner la date exacte), la dysménorrhée n'a plus reparu ; mais cela en soi ne prouve rien parce que la dysménorrhée a parfois l'air de disparaître spontanément.

Quant aux effets psychiques de l'application de la cocaïne dans le nez, je dirai que dans 3 ou 4 cas nous avons employé un tampon de coton d'abord saturé d'eau pour voir l'effet qu'il produisait ; ce dernier fut nul sur la douleur. L'expérience fut faite au moment où la malade se plaignait d'éprouver de vives douleurs, et une heure après l'application de la cocaïne, la douleur fut supprimée. Je n'ai pas de données mais je me souviens que le soulagement survint en 10 ou 15 minutes. Nous devons aussi nous souvenir que nous n'en sommes pas à traiter ces cas réflexes. Comme on l'a dit, les gynécologues ont enlevé les ovaires pour certaines perturbations du système nerveux. Nous savons très bien que le chirurgien de l'orifice anal, — je suis tenté de l'appeler rectologue — dilate le rectum, enlève les ampoules rectales (hémorrhoïdes ?) pour obtenir, à ce qu'il dit, de meilleurs résultats que nous n'en pouvons rapporter. Un spécialiste — je ne sais quel nom lui donner, ne sachant pas à quelle classe il appartient — circonscrit les gens atteints de la fièvre des foins et de l'asthme aussi bien que de diverses autres perturbations parfois attribuées à l'état des fosses nasales, et il obtient, dit-on, des résultats très satisfaisants. Nous devons donc nous souvenir que nous ne sommes pas seuls et qu'il faut laisser quelque chose à faire à ce spécialiste pour le traitement de ces cas !

JOSEPH C. BECK. — J'aimerais présenter un cas ayant trait à cette discussion que le Dr Gradle a eu l'avantage de voir. C'est un cas d'œdème angioneurotique ; le patient ayant une tuméfaction périodique de la joue au niveau de la parotide, accompagnée de rhinorrhée. L'examen du nez dans l'intervalle des crises le montre absolument normal. La tuméfaction est précédée d'une crise d'éternuements ; c'est alors qu'apparaît l'œdème ou l'obstruction des deux narines ; mais plus particulièrement du côté où la tuméfaction se produit sur la face. Celle-ci dure 24 heures au bout desquelles les conduits nasaux deviennent libres et elle disparaît.

Le Dr Gradle, qui a vu ce cas, a confirmé le diagnostic d'œdème angioneurotique et très probablement le nez y est étranger.

J'ai essayé de trouver des régions, sensibles sur le septum, j'ai cautérisé le septum à diverses reprises, sans obtenir un effet quelconque. Et je crois avec ceux qui ont émis cette opinion que le nez joue un rôle très insignifiant, surtout dans les lésions du cœur et dans les affections rhumatismales.

EDWIN PYNCHON. — **Fibrome de l'amygdale.** — Je me suis permis d'amener ici ce soir un patient dont le cas offre assez d'intérêt. — C'est un cas où il y avait une hypertrophie marquée d'une seule amygdale. — Il a 31 ans et une bonne santé générale. Il vint me raconter l'histoire suivante : Sa santé jusqu'à ces 8 dernières années était parfaite, à l'exception des infections infantiles habituelles qu'il avait eues à 6 ans. A part cela, il resta bien portant jusqu'à 23 ans, époque où il eut une amygdalite phlegmoneuse qui fut si violente qu'il fut obligé de garder la chambre environ six semaines. Après la rémission, il n'y eut pas de diminution dans le volume de l'amygdale, qui resta très volumineuse. A l'époque où je l'examinai, l'aspect était très particulier. Commencant sur la ligne médiane à partir de la luette, l'amygdale hypertrophiée descendait en une simple courbure ; tandis que de l'autre côté, la courbe était normale, les deux piliers étant libres et la loge contenant une amygdale normale. A l'époque de la crise angineuse, un seul côté était affecté.

Naturellement la première question qui se présenterait à l'aspect d'une hypertrophie unilatérale analogue serait de savoir si elle était de nature maligne. Dans l'histoire du cas présent, comme le malade l'expose, il déclare qu'il n'y a pas d'antécédents familiaux et que son amygdale est restée dans l'état actuel pendant 8 ans. Dans cet intervalle, la santé du malade fut parfaite à l'exception de deux ou trois légères attaques d'angine ou d'amygdalite folliculaire. Durant ces 8 ans, il avait servi 3 ans dans l'armée et pendant cette période il n'a pas manqué un seul jour de service pour raison de santé. Il avait servi aussi dans la milice. Durant ces 8 ans, il fut examiné par différents chirurgiens de l'armée dont cinq proposèrent l'ablation de l'amygdale, mais refusèrent de la faire, probablement par crainte de l'hémorrhagie. A l'époque où je l'examinai, le pilier antérieur était très tuméfié et l'amygdale de ce côté paraissait presque de la grosseur d'un œuf de poule. Au centre de l'amygdale se trouvait une agglomération de 4 ou 5 grands follicules qui simulaient une amygdalite lacunaire chronique.

Je décidai de faire l'ablation de l'amygdale et naturellement

je choisis pour méthode la dissection au galvano-cautère, persuadé que c'est la méthode la plus sûre dans tous les cas où il y a dégénérescence fibreuse ou danger d'hémorrhagie. Je commençai l'opération en nettoyant parfaitement la fossette sus-amygdalienne et j'énucleai l'amygdale vers sa base. Au cours de cette opération je trouvai la masse si volumineuse qu'elle tomba du côté opposé au point de provoquer de la gêne respiratoire. Il n'y eut pas beaucoup d'hémorrhagie. L'opération prit un temps considérable, parce que le malade avait désiré se reposer deux ou trois fois et aussi parce que j'avais d'autres malades à soigner. Eventuellement j'avais entièrement libéré l'amygdale; cependant je dois le dire, opérant dans l'inconnu, je taillai vers la surface plutôt que de pénétrer vers la profondeur. De cette manière je pus détacher les $\frac{3}{4}$ supérieurs de l'amygdale, comme vous le verrez en examinant le malade, quoique j'aie par la suite complété l'opération avec l'anse froide. Du pédicule que je coupai ainsi à l'anse froide, il y eut une hémorrhagie modérée qui dura 10-15 minutes, mais qu'on arrêta facilement à l'aide de gargarismes à l'eau glacée. Je ne laissai en tout que la partie inférieure de l'amygdale. D'habitude j'enlève la totalité de cet organe, mais dans ce cas je m'en abstins. Je me propose d'enlever le reliquat plus tard. Pour ce qui est du caractère de l'amygdale, je ne crois pas qu'elle fût de nature cancéreuse. J'estime qu'elle est seulement fibromateuse. Vous vous rendrez compte de l'importance de l'opération et de sa difficulté quand l'ablation fut presque achevée.

L'amygdale pèse un peu plus d'une demi-once.

Au cours des seize dernières années, j'ai pratiqué environ deux mille amygdalectomies et en plus beaucoup d'amygdalotomies. J'ai enlevé plusieurs amygdales qui étaient volumineuses et notamment une que je croyais devoir peser une demi-once; mais elle ne pesait que deux drachmes. De toutes les amygdales que j'ai enlevées ou vues pendant ce temps je n'en avais jamais vu d'aussi grosse que celle-ci.

JOSEPH C. BECK. — *Massage : Nouvelle méthode par le mercure métallique.*

Discussion.

MARQUIS. — Combien de fois appliquez-vous ce traitement?

BECK. — J'ai appliqué ce traitement tous les deux jours avec une durée de dix minutes environ, puis je l'ai cessé. Au moins

temporairement, les malades sont beaucoup soulagés. Il me semble plus efficace que tous les autres moyens soit locaux, soit généraux que j'ai essayés.

HOLLINGER. — Y a-t-il quelque tache mercurielle ?

BECK. — Pratiquement rien qui mérite d'être mentionné.

WILSON. — Quel effet ce traitement a-t-il produit sur les terminaisons nerveuses ?

BECK. — Je n'ai pas obtenu de grands résultats pour ce qui concerne la surdité. Et quant à l'audition des sujets soumis à ces épreuves, il n'y eut pas de grands changements.

A.-H. ANDREWS. — Je ne suis pas à même de discuter ce mode de traitement, je me contenterai de dire qu'à certains points de vue il me paraît raisonnable. Et si le Dr Beckvent livre une notice sur ce sujet dans un ou deux mois, je pense que je serai prêt à le discuter, car d'ici là j'aurai acquis quelque expérience, puisque je vais appliquer cette méthode.

NORVAL H. PIERCE. — Je ne crois pas que nous devions laisser passer cette méthode sans autre discussion, car elle est sûrement nouvelle. C'est une innovation et de nos jours où il y a réellement très peu de choses nouvelles, je crois bon d'y fixer notre attention.

A l'examen de l'oreille de la malade, je trouve une hyperhémie prononcée le long de la grande apophyse du marteau, que je regarde comme une preuve, qui me fait penser que le mercure vient en contact avec le tympan. C'est donc une méthode par laquelle nous pouvons mouvoir la chaîne des osselets dans la caisse du tympan. Il est probable qu'elle est presque aussi efficace que la sonde de Luçæ. Elle a cet avantage incontestable sur la sonde de Luçæ qu'elle est plus indolore et il n'y a aucune raison de la croire moins efficace. Nous pouvons donc soutenir que c'est un progrès et un perfectionnement sur la méthode de Luçæ pour la mobilisation de la chaîne des osselets. Toutes les méthodes par lesquelles on exerce rien qu'une pression sur la chaîne des osselets sont moins efficaces que celles où on pratique à la fois des tractions ou des pressions, parce que les déplacements de la membrane tympanique sont beaucoup plus amples vers la profondeur que vers l'extérieur. C'est pourquoi je disais que cette méthode n'est pas aussi efficace que le massage pneumatique quand on veut mouvoir la chaîne des osselets pour détruire des adhérences ou pour faire jouer les articulations des osselets. Elle n'a pas l'efficacité de la méthode de Luçæ en ce qu'elle agit sur la totalité de la membrane tympanique et nous savons qu'une des indications

pour l'emploi de la sonde de Luçe est la présence de processus atrophiques circonscrits ou généraux.

Je crois que le Dr Beck a commis une erreur en ne s'efforçant pas à un diagnostic défini sur la présence de l'ankylose de l'étrier dans ses cas. S'il ne le fait pas, je crois que cela discréditera sa méthode, parce que quand les bourdonnements d'oreilles proviennent de variation de pression dans la périlymphe ou dans l'oreille interne, causés selon toutes probabilités par l'ankylose de l'étrier, nous ne pouvons produire aucune amélioration sur les bourdonnements par n'importe quelle méthode de massage.

Je félicite néanmoins le Dr Beck d'avoir présenté une nouvelle méthode de massage tympanique. Tout en croyant que tout massage tympanique a une sphère d'utilité limitée, je crois pourtant qu'il est efficace et ne peut être remplacé par aucune autre méthode de traitement et comme il constitue un nouveau moyen de produire de bons effets, il a droit à nos félicitations.

EDWIN PYNCHON. — J'ai vu au moins une douzaine de malades soignés par le Dr Beck. Leur témoignage invariable montrait une amélioration de leurs bourdonnements exactement comme il le rapportait. Cette amélioration durait toujours 2-3 jours au bout desquels on réclamait la reprise du traitement. Naturellement cette méthode de massage est plus efficace sur les osselets quand il y a épaissement de la partie supérieure du tympan que quand cette partie est atrophiée ou relâchée.

Pour ce qui est du bourdonnement d'oreille ou d'autres affections du labyrinthe, je crois que dans 95 cas sur 100 de tous les cas il y a une complication de l'oreille moyenne et qu'elle peut être améliorée. Puisque le Dr Beck a fait de fréquentes allusions aux bourdonnements, il me sera bien permis de dire quelque chose qui, je le crois, sera nouveau pour la plupart d'entre nous. C'était nouveau pour moi jusqu'à ces derniers jours.

En lisant la notice écrite par le Dr H. Brunk, je fus enchanté des résultats qu'il a obtenus dans les cas de bourdonnements d'oreilles. Son expérience lui a démontré qu'il y a souvent dans les affections de l'oreille moyenne un état pathologique de la fossette de Rosenmüller, dans lequel le fond de la fosse, si je puis m'exprimer ainsi, est rempli de végétations anormales qu'il est facile de détruire avec la curette plutôt qu'avec l'ongle du doigt. Dans son expérience qui comprend environ 50 cas, il a obtenu des résultats très satisfaisants non seulement en ce qui concerne l'amélioration ou la suppression du bourdonnement, mais aussi pour l'amélioration du catarrhe tubaire et de l'état de la caisse qui en dépend. Dans sa notice il

fait remarquer que les auteurs sont pour ainsi dire muets sur la fossette de Rosenmüller ; et par le fait, ce que nous trouvons dans les textes ce sont de légères mentions de synéchies s'étendant du bourrelet de la trompe d'Eustache à la partie postérieure du pharynx qui sont observées par hasard et qu'on trouve à propos de détruire quand on les rencontre. Mais on ne parle pas du remplissage partiel de la fossette de Rosenmüller par une sorte de tissu lymphoïde qui en diminue sensiblement la concavité.

J'ai appliqué dans 2 cas le traitement recommandé par le D^r Brunk ; l'opération, après une cocaïnisation convenable, lui fut très supportable. Je l'examinai au miroir rhinoscopique et je ne pus découvrir aucune synéchie au niveau de la fossette. Je voyais distinctement les fosses qui au lieu d'être assez profondes étaient plates. J'introduisis mon index droit à droite et le gauche à gauche pour cureter les fossettes, et il me dit qu'il pouvait entendre distinctement le bruit que faisait la déchirure du tissu adénoïde. Le lendemain il signala une diminution prononcée de la sensation de plénitude dans l'oreille dont il s'était plaint auparavant, et aussi une amélioration du bourdonnement dont il avait souffert jusqu'alors. L'autre cas a été traité il y a si peu de temps que j'en ignore le résultat.

J.-G. WILSON. — Je me demande si le D^r Beck peut nous donner une explication des résultats qu'il a obtenus du massage.

BECK. — Pour prouver la mobilité des osselets par cette méthode, j'ai fait l'expérience suivante : un malade qui avait une otite moyenne chronique catarrhale et adhésive mourut subitement d'un trouble cardiaque et l'autopsie fut pratiquée pour constater positivement la cause de la mort. Après avoir enlevé le cerveau qui fut examiné par un anatomo-pathologiste, j'eus l'autorisation d'employer la tête du cadavre pour mes recherches. J'enlevai avec un ciseau le tegmen tympani, de manière à mettre à nu l'attique et les osselets. Un mince fil de fer fut passé entre le marteau et l'enclume et un autre à l'articulation insudo-stapédienne. De minces bandes de papier, passées au noir de fumée comme celles qu'on emploie pour les tracés sphymographiques, furent placées en face de fils de fer qui furent légèrement recourbés à leurs extrémités et mis en contact avec les bandes de papier. Dans ces conditions, un appareil fut étroitement adapté dans le conduit auditif externe et rempli de deux onces de mercure. Ce dernier fut manipulé de manière à faire battre la membrane du tympan par le mercure. Les tracés ci-joints montrent les résultats obtenus.

En réponse aux remarques du D^r Pierce, qui dit qu'en exami-

nant ce malade, il a constaté de la rougeur de la membrane résultant très probablement des chocs du mercure, je demande à faire observer que si vous vous placez cet instrument dans l'oreille et que vous l'essayez sur vous-même, vous sentirez distinctement un choc à l'instant où le mercure frappe le tympan. Le malade nous dira ses sensations. Cela ressemble assez à un léger coup de marteau sur la membrane.

Quant à la sonde de Luçæ, ce dernier a invoqué la disparition de l'état pathologique présent de l'oreille et c'est ce que j'invoque à mon tour pour ma méthode, tout en reconnaissant que peut-être la pression exercée sur les osselets peut être plus directe que celle-ci. Combien d'entre vous seront d'accord avec moi pour reconnaître que la sonde de Luçæ est impraticable parce qu'elle est douloureuse pour le patient !

Naturellement vous pouvez anesthésier la membrane mais quelques-uns de mes malades, bien plus, la majorité de ceux sur qui j'ai essayé ce traitement s'y sont refusés une seconde fois. Donc mon traitement a l'avantage de masser la membrane du tympan mais j'attends encore plus du contact direct du mercure avec la membrane que du massage lui-même.

S'il me fallait spécifier à quels cas ce traitement s'adapte le mieux, j'établirais certainement différentes catégories. J'ai pris note des cas et j'en ai établi les différences, de sorte que je puis dire qu'il est particulièrement applicable aux processus adhésifs consécutifs à l'accumulation de sécrétions qui se sont desséchées, à ceux qui sont améliorés par l'insufflation et le nettoyage de la caisse, ou par une ventilation de l'oreille moyenne. — Je ne veux pas, en recommandant ce traitement, faire entendre que j'ignore tous les autres, en particulier ceux du naso-pharynx. — Je crois fermement que le naso-pharynx et la trompe d'Eustache jouent un rôle dans le traitement de ces cas et je ne voudrais pas passer outre sans dire que j'essayerais tout dans un cas d'affection de l'oreille en traitant le naso-pharynx et le système général. Je vous ai soumis cette méthode de traitement comme un moyen possible de soulager des cas de bourdonnements. Cela en soulagera un grand nombre et je vous prie d'en faire l'essai.

Séance du 5 décembre 1905.

Président : WILLIAM L. BALLENGER.

JOHN EDWIN RHODES. — Un cas de tuberculose laryngée avec présentation de coupes microscopiques de fragments enlevés du larynx.

Discussion.

OTTO T. FREER. — Les coupes dans le cas du Dr Rhodes ont dû nécessairement être faites avec un petit fragment du tissu prélevé. — Néanmoins elles montraient clairement les caractéristiques mentionnées d'un processus tuberculeux, faisant penser plutôt à une hypertrophie du tissu conjonctif avec résistance de la part des tissus envahis qu'à leur dégénérescence. Probablement, dans ce cas, ou bien les bacilles sont de faible virulence, ou plus probablement la susceptibilité de l'individu à la tuberculose est légère et sa résistance grande ; de sorte que ses tissus laryngés répondent aux attaques des bacilles tuberculeux plutôt par hyperplasie que par dégénérescence. L'image laryngoscopique était trompeuse. Quand je vis le malade pour la première fois, il était impossible de faire le diagnostic, chose très rare dans la laryngite tuberculeuse qui offre habituellement un aspect caractéristique.

Il faut faire une distinction entre l'hyperplasie tuberculeuse comme elle se montre dans ce cas et l'œdème, inflammation chronique, qui est la caractéristique commune de la laryngite tuberculeuse. Ce dernier a un aspect lisse gélatineux, tandis que la surface du tissu hyperplasique tuberculeux est noueuse et verruqueuse. Les masses verruqueuses qu'on voit sur les cordes et les bandes ventriculaires dans le cas du Dr Rhodes sont analogues aux plus grands amas de nouvelles végétations tuberculeuses que l'on voit occasionnellement sous forme de tumeurs tuberculeuses ou tuberculomes.

WILLIAM E. CASSELBERRY. — Je remarque spécialement dans cette communication l'exposé d'un cas bien constaté de tuberculose laryngée, sans preuve de complication pulmonaire. Dans beaucoup de cas, cet exposé a été fait, mais dans ceux-ci un nouvel

examen approfondi ou des épreuves répétées ont montré qu'il existait un foyer pulmonaire ou bien peu de temps après l'examen, un de ces foyers s'est manifesté indiquant sa présence insoupçonnée.

Sans doute le foyer pulmonaire peut-être tout à fait limité, du type latent ou lentement progressif, comme dernièrement dans un cas que j'observais depuis longtemps d'une femme de 50 ans, qui avait aussi une tuberculose laryngée nettement hypertrophique, comme l'a décrit l'auteur de ce rapport. Possédant une assez grande expérience de la tuberculose laryngée, il me reste encore à être convaincu qu'elle existe réellement non associée à la tuberculose pulmonaire. Je crois donc qu'il importe que de telles communications soient développées et corroborées d'une façon plus convaincante pour savoir si oui ou non il y a une tuberculose des poumons ayant précédé la tuberculose du larynx ou coexistant avec elle. Naturellement ce cas n'est pas présenté, je le sais, comme une tuberculose primaire du larynx ; mais comme nous sommes habitués à envisager la tuberculose du larynx comme secondaire à l'affection pulmonaire, si réellement elle se trouve secondaire à quelque autre foyer très éloigné, comme c'est le cas dans les articulations du genou, il prend presque autant d'intérêt et de nouveauté que s'il était réellement un cas de tuberculose primaire du larynx.

Pour ce qui est du type hypertrophique de la tuberculose du larynx, je ne puis croire qu'il soit aussi peu fréquent que l'indiquerait la pauvreté des faits publiés. Comme un certain degré d'hyperplasie est commun à tous les cas conjointement avec l'ulcération, les cas où l'élément hyperplasie atteint les limites extrêmes, l'ulcération n'étant pas encore apparue, semblent être une variation d'intensité plutôt que d'espèce. Cependant ils ont l'air d'être moins virulents et d'avoir une évolution plus lente.

Quant au traitement, je suis convaincu que dans les cas de tuberculose laryngée on tire un excellent parti du plein air et de la suralimentation. J'en ai vu, au Colorado, en Californie, dans le Texas et dans l'Arizona, vivre pendant des années dans un état de bien-être relatif. L'influence stimulante sur le tissu de néoformation produit un effet favorable sur le larynx quoique moins peut-être que sur l'affection pulmonaire seule. J'ai autrefois soumis ces malades au curetage, cherchant à exciser autant que possible les dépôts tuberculeux, mais je n'ai jamais pu me convaincre d'avoir fait autre chose que du mal à mes malades, à moins que je ne fusse en présence d'une lésion bien circonscrite que je puisse at-

taquer directement. Le traitement local est recommandable quand il a pour but de pallier les symptômes d'épuisement.

E. FLETCHER INGALS. — Mon expérience coïncide un peu avec celle de mon prédécesseur au sujet du traitement. Je pense que dans la pratique, les résultats dépendent toujours de l'état du poumon vu que des foyers évoluent presque toujours ensemble dans ces deux régions. Habituellement tout ce qui améliore l'état pulmonaire, améliore également l'affection laryngée ; tandis que le traitement local du larynx a l'air d'améliorer un nombre considérable de ces cas, je doute beaucoup que la majorité en retire un réel bénéfice.

La proposition faite par l'auteur, relative à la laryngo-fissure, pour enlever le tissu tuberculeux, me semble un peu radicale. Je n'ai pas été capable d'examiner parfaitement ce cas. Mais je suis persuadé que les bandes ventriculaires des deux côtés sont intéressées et que la commissure postérieure et les aryténoïdes sont affectés, et même qu'il y a aussi des lésions de l'épiglotte. Si tel est le cas, il exigerait l'ablation du larynx pour se débarrasser du tissu tuberculeux. Je puis à peine concevoir un cas de tuberculose laryngée où cette opération donnerait plus de chances d'amélioration.

D'après mon expérience des formes plus radicales du traitement, mentionnées par le dernier orateur, les malades n'en ressentent généralement pas d'amélioration ; et comme presque tous les malades, atteints de tuberculose laryngée, ont des foyers secondaires dans d'autres organes, je ne vois aucune raison d'attendre une grande amélioration de l'ablation plus ou moins complète des tissus de cette région particulière. Je pense que le traitement conservateur de la laryngite tuberculeuse avec suralimentation et bonnes conditions hygiéniques aura de bien meilleurs résultats que toute autre méthode. Pendant des années j'ai employé du trichloride d'iode en pulvérisation avec un succès apparent ; mais j'ai en même temps appliqué au malade le traitement constitutionnel symptomatique, ordonné pour la tuberculose pulmonaire.

J'ai vu 1 ou 2 cas qui semblaient être de la tuberculose primaire du larynx et dans lesquels je n'ai pu découvrir que les poumons fussent intéressés.

T.-G. STUBBS. — Les remarques du Dr Casselberry me rappellent 1 cas que j'ai présenté à la Société en février dernier. C'était une malade qui paraissait atteinte d'une tuberculose primitive du larynx, et j'appelais l'attention sur ce fait que j'en ferais une nou-

velle communication. Il y a eu un an le mois passé que je l'observais pour la première fois ; par conséquent, il y a aujourd'hui environ treize mois que je l'ai vue pour la première fois. A cette époque un examen attentif des poumons ne révélait rien de pathologique. J'ai examiné bien des fois les poumons depuis lors, la dernière fois il y a environ trois semaines, les poumons avaient l'air aussi sain que lors du premier examen. Elle avait perdu de son poids, de 112 ou 115 livres à 97 quand je la vis pour la première fois, à cause d'une douleur à la déglutition qui s'opposait à la satisfaction de son appétit. Après la suppression de cette douleur, elle s'améliora rapidement et non seulement recouvra son poids primitif mais il s'éleva jusqu'à 118 livres. Le larynx semblait hypertrophié ou présenter des granulomes des bandes ventriculaires des deux côtés. J'enlevai ces granulomes et la région sembla guérir parfaitement. Elle partit pour trois ou quatre mois jusqu'en août environ. Quand le processus tuberculeux eut l'air d'affecter la corde vocale droite, il se présenta à ce niveau des granulations qui dernièrement donnaient des signes de régression. Jusqu'à ce moment sa santé a été parfaite. Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans la famille, et étant donné que son état général est si bon et la tendance à l'amélioration de ce granulome, je lui ai conseillé une thyrotomie pour faire l'ablation des parties malades.

Quant à la question de l'envoyer dans un autre climat, son état général semble tellement bon dans celui-ci qu'il est douteux que d'autres conditions climatiques lui réussissent mieux.

J. HOLLINGER : Qu'on permette de faire une remarque concernant le traitement du cas du Dr Rhodes. J'ai traité un grand nombre de cas de laryngite tuberculeuse par des pointes de feu à l'aide d'un galvanocautère, au nombre de trois à six. — Cette méthode de traitement m'a donné grande satisfaction. Cela n'est pas désagréable, après avoir cocaïnisé le larynx avec une solution de 10 % et une de 20 %, il est facile de faire pénétrer le cautère brûlant à environ trois millimètres dans les tissus. La réaction est très légère et le traitement ne gêne presque pas le malade ; quinze jours plus tard il verra disparaître les points tuberculeux ; une escharre se forme, et toute la région se cicatrise.

RHODES. — Quand j'ai présenté ce cas, j'étais loin de vouloir le donner comme un cas de tuberculose primitive du larynx. Je connais les interminables discussions sur la question de savoir s'il existe une tuberculose primitive du larynx. Ce sujet a été examiné nombre de fois, j'ai présenté ce cas comme une forme un peu

rare de laryngite tuberculeuse — la forme hypertrophique sans ulcérations. Le temps seul fera sa voir si les poumons sont intéressés au moment présent ou le seront à l'avenir. J'ai fait des examens répétés et je n'ai pu reconnaître aucune lésion pulmonaire quoiqu'il soit très possible que les poumons soient déjà le siège d'une infiltration qu'on ne peut encore constater par un examen physique.

Malgré l'opinion du Dr Casselberry, admettant que c'est une forme commune, je suis obligé de réserver mon opinion et je renverrai encore une fois à l'énumération de Theisne qui cite vingt exemples de laryngites tuberculeuses hypertrophiques pures. La forme commune de la laryngite tuberculeuse est fréquente et facile à diagnostiquer ; mais les cas de la variété purement hyperplastique s'accompagnant de peu de troubles locaux sont rares ; et c'est à ce titre que je présente celui-ci.

G. E. SCHAMBAUGH. — **Hémorrhagie supplémentaire du conduit auditif externe.**

Discussion.

J. HOLLINGER. — Le Dr Shambaugh a mentionné que l'iodure de potassium a eu dans son cas quelque influence sur la tumeur. J'ai en ce moment un malade avec deux tuméfactions très profondes dans le conduit auditif externe. L'une d'elles était postérieure et l'autre située à la paroi inférieure et couvrait une grande partie de la membrane. J'employai le traitement habituel que j'applique en pareil cas ; plaçant un tampon d'iodoforme dans l'espoir que la tuméfaction se résolverait simplement. Le lendemain je la comprimai et j'ai eu une sensation rénitente manifeste. Cela me fit penser que cette tumeur était probablement une gomme. Je donnai l'ordre d'examiner très soigneusement ce malade. Chancre et syphilis furent admis ; et sous l'influence de l'iodure ces tumeurs ou tuméfactions ont diminué peu à peu de volume.

C. BUK (Joseph). — Quelle dose d'iodure de potassium fut administrée en ce cas.

SHAMBAUGH. — La dose fut augmentée jusqu'à concurrence de soixantes gouttes deux ou trois fois par jour. La malade continua cinq ou six semaines.

BECK. — Cela contredit les remarques de l'orateur précédent en temps qu'il s'agisse de traitement antisyphilitique.

Dernièrement, j'ai présenté un cas d'angio-endotéliome de l'oreille moyenne ; la première fois que je le vis, ce cas ressem-

blait beaucoup à celui du Dr Shambaugh. C'est une tumeur sanguinolente et comme il n'a rien été enlevé de la végétation, on ne peut dire quelle en est la nature. Néanmoins la tumeur est d'une nature suspecte. Dans une partie de l'historique de son cas, le Dr Shambaugh parle de furonculose et il rappelle l'influence qu'y exerçait l'iodure de potassium. Il est possible qu'il y ait une petite nécrose au fond du granulome présent, donnant l'apparence d'une granulation sous-épidermique et sans doute aussi à l'extérieur; c'est-à-dire que la surface de la granulation postérieure du conduit ressemble à une végétation exubérante. Je crois que c'est simplement un cas de granulome dérivant d'une petite fistule telle que nous la voyons à la partie supérieure du conduit. Je conseillerais volontiers d'exciser entièrement cette végétation et la surface nécrosée, et s'il faut enlever une petite lamelle osseuse, le faire par le conduit auditif externe.

SHAMBAUGH. — Croyez-vous à l'existence d'une fistule analogue en l'absence de toute affection de l'oreille moyenne ?

BECK. — Oui. Ce sont des cas de suppuration sans perforation de la cavité tympanique.

SHAMBAUGH. — Dans mon cas, la fistule provient de la partie antérieure du canal.

BECK. — Cela peut être de la nécrose survenant à la suite d'une profonde formation pustulaire ou une furonculose ordinaire.

L. BALLENGERT (William). — Je pense que nous avons ici une périostite probablement secondaire à la tuberculose; c'est-à-dire qu'il y a nécrose, granulation et suintement sanguin. Il m'a semblé que c'était un diagnostic possible et que la tuméfaction de cette masse qui avait les apparences d'une tumeur était due à la présence de granulations et de liquides emprisonnés.

SHAMBAUGH. — Je ferai observer que la tuméfaction provient de la paroi antéro-supérieure de la partie externe du méat et non de la paroi postéro-supérieure où nous la trouverions s'il y avait une affection localisée de l'os résultant d'une infection des cellules mastoïdiennes. Cet état a été observé pendant cinq ans et durant cette période il n'y a pas eu de changement dans l'aspect de la tuméfaction; ce qui se serait difficilement produit si nous avions eu affaire à une infection purulente localisée. La présence d'une peau normale recouvrant cette tuméfaction dont la surface est lisse milite aussi contre cette hypothèse.

G. E. SHAMBAUGH. — Préparations histologiques de l'organe normal de Corti. — Démonstration.

J. HOLLINGER. — Diagnostic et pathogénie de la surdité nerveuse.

OTTO J. STEIN. — Cas de suppuration aiguë bilatérale de l'oreille moyenne, consécutive à une opération intra-nasale, pyémie mortelle.

Discussion.

L. BALLENGER (William). — Je ne pense pas que l'auteur de la notice ait soulevé la question d'une voie possible d'infection à travers le labyrinthe. Il me semblerait, vue la surdité intense du sujet, que l'infection pourrait être propagée par cette voie.

STEIN. — Le médecin qui a fait l'opération nasale me dit que la femme était un peu sourde; mais qu'elle entendait assez bien à l'époque où il l'a opérée. Pourtant il y avait eu un moment où elle entendait mal. — Quel était le degré de surdité? Je ne le sais pas; mais évidemment ce n'était rien de semblable à la surdité existante quand je la vis pour la première fois, parce qu'alors elle n'entendait absolument rien.

W.-E. CASSELBERRY. — Pouvez-vous nous donner quelques détails sur l'opération intra-nasale?

STEIN. — On m'a dit que le médecin avait enlevé une hypertrophie de la partie postérieure du cornet droit 15 jours avant l'opération. Alors elle revint, et il fit l'ablation d'une queue du cornet inférieur gauche. Il dit qu'il se passa plusieurs jours avant qu'aucun symptôme auriculaire ne se produisît, bien que la famille croit qu'il ne s'était passé que deux jours.

CASSELBERRY. — Comment enleva-t-il les queues de cornet?

STEIN. — Avec un serre-nœud.

CASSELBERRY. — A-t-elle eu une sinusite?

STEIN. — Pas que je sache.

CASSELBERRY. — Un grand nombre d'entre nous ont eu le malheur d'observer des cas d'otites moyennes aiguës consécutives à des opérations nasales; de fait, il faut le reconnaître, c'est une complication quelquefois inévitable quoiqu'il ne soit pas démontré que dans ce cas elle était réellement causée par l'opération nasale. Mais supposons qu'elle le fût, que s'en suivrait-il?

Deux questions se posent: 1° Que pouvons-nous faire en cas d'opération nasale, pour prévenir de tels accidents; quel effort antiseptique intra-nasal pourrions-nous faire avant l'opération? Les recherches de laboratoire nous ont appris que les reces-

sus les plus profonds n'abritent que peu d'organismes pathogènes, pourvu qu'il n'y ait pas trace de maladies suppuratives aiguës ou chroniques. Les liquides fortement antiseptiques sont irritants pour les fosses nasales et provoquent eux-mêmes une réaction qui favorise l'infection. Devrions-nous donc pulvériser ou doucher avec des solutions activement antiseptiques préparées pour les opérations intra-nasales ordinaires ? Telle n'est pas mon habitude dans des cas de ce genre. Je me contente d'un nettoyage à l'aide d'une pulvérisation alcaline peu antiseptique, qui n'est pas bactéricide mais simplement aseptisante. J'ajoute de la résorcine à la cocaïne comme moyen additionnel d'antisepsie modérée, mais je regarde l'irritation produite dans les fosses nasales par des efforts énergiques de stérilisation antéopératoire comme plus nuisible qu'avantageuse pour le malade. Cependant ce n'est là que mon expérience personnelle et j'aimerais savoir ce que d'autres font en pareil cas.

2° Après avoir adopté ces mesures préventives devrions-nous passer outre et conseiller au malade de subir l'opération intra-nasale et de courir les risques qui s'ensuivent ? Il y a plus ou moins de risques en toutes choses dans les moindres opérations chirurgicales comme dans tous les actes de la vie. Nous devrions donc exposer clairement aux malades quand ils nous adressent cette question sur les risques post-opératoires, qu'il vaut mieux les courir en vue du bien-être que leur procurera l'opération intra-nasale.

Dans le cas cité, une opération appropriée fut faite pendant que le patient souffrait d'une hypertrophie postérieure des cornets. Ces derniers furent enlevés à l'aide d'un serre-nœud dans l'intervalle d'une semaine. Cette opération est souvent nécessaire pour éviter l'otite aiguë récurrente, aussi bien que l'inflammation chronique et la surdité. Je me crois tenu de faire ces remarques pour qu'un reproche immérité ne soit pas adressé à la chirurgie nasale, quoique, comme il a été dit auparavant, il ne soit pas démontré que l'issue fatale en question fût autre chose qu'une suite coïncidente plutôt qu'une conséquence de l'opération nasale.

G.-E. SHAMBAUGH. — Un des points les plus intéressants du cas qu'on vient de nous présenter est de savoir quelle fut la cause de la mort du patient. Si nous admettons que la mort fut le résultat d'une complication d'otite moyenne suppurée, et il n'est pas du tout certain que tel fut le cas, par quelles voies l'infection générale s'est-elle produite ? Il n'y avait, dans l'état des cellules mastoïdiennes, rien qui indiquât que l'infection provint d'extension à

cette région. La présence de pus dans les cellules pneumatiques de l'apophyse mastoïde est de règle dans les cas d'otites moyennes suppurées aiguës sans aucun indice externe d'implication mastoïdienne tel qu'empâtement ou œdème au niveau de l'apophyse mastoïde, justement comme cela a été le cas.

La mastoïdite, comme nous la reconnaissons avec œdème et empâtement de l'apophyse, est un état provenant de la rétention du pus dans les cellules pneumatiques avec ramollissement consécutif du tissu osseux lui-même. — En ce cas, comme je le vois dans le compte rendu, il n'y eut jamais rien indiquant une telle affection de la mastoïde, ni dans les symptômes mastoïdiens ni dans l'état des cellules après leur ouverture. Des cellules étaient remplies de pus, mais l'os était dur et nulle part il n'y avait d'indice de rétention ni de ramollissement osseux. Je pense qu'il est prudent de dire que selon toute probabilité l'état constaté au niveau de la mastoïde n'était pas de nature à amener une issue fatale.

Il y avait dans l'oreille un symptôme mentionné qui indique une voie possible à l'infection générale partant de l'otite moyenne. Ce symptôme était l'extension de l'infection jusqu'au labyrinthe. Le degré de surdité décrit dans l'observation n'a pu être produit que par la participation de l'oreille interne. Il n'aurait pu être produit par la seule infection de l'oreille moyenne.

En présence de cette complication, l'infection générale pouvait découler de celle du labyrinthe.

G.-W. Boor (Evanston). — Je désirerais faire observer que l'opération pourrait n'avoir aucune relation directe avec l'issue fatale.

Il y a environ un an que je fus appelé pour voir un enfant d'environ 12 ans, chez qui on soupçonnait une diphtérie. L'enfant avait une fausse membrane couvrant le pharynx et présentait toutes les apparences d'une diphtérie à cela près qu'il y avait beaucoup d'œdème des piliers et du voile du palais. On administra en une fois 3. 000 unités d'antitoxine — En examinant la culture le lendemain matin, je fus surpris de trouver une culture pure de pneumocoque et pas de bacilles diphtériques. Deux jours plus tard, l'enfant mourut sans indice de pneumonie et selon toute apparence d'infection pneumococcique provenant uniquement de la gorge.

Il y a deux ou trois mois, j'ai eu l'occasion de soigner un cas de méningite cérébro-spinale sans pouvoir découvrir le point d'entrée de l'infection. Je fis une ponction lombaire et je trouvai que le pneumocoque était la seule cause de la maladie. Le petit garçon avait eu un léger rhume avant d'être atteint de méningite.

Si le pneumocoque a pu causer la mort dans ces deux cas, j'admettrais volontiers qu'il a pu causer l'infection dans le cas du Dr Stein, que l'infection du labyrinthe s'est faite probablement par la circulation et non par l'intermédiaire de l'oreille moyenne ou de la mastoïde et que l'infection générale a bien pu être plutôt une coïncidence qu'un résultat de l'opération.

STEIN. — Un point très intéressant pour nous rhinologistes est la possibilité d'une infection auriculaire, conséquence d'une opération intranasale. Je n'ai essayé en aucune façon d'établir ce point dans le cas présent. J'ai simplement indiqué dans le titre de ma notice que l'affection auriculaire avait succédé immédiatement à l'opération intranasale, mais nous ignorons si ce fut là la cause indirecte de la mort. Nous savons que les affections auriculaires se produisent à la suite de telles opérations intranasales; il est donc possible qu'une telle opération ait été la cause déterminante en ce cas. Mais les examens microscopiques et ceux du pus ne conduisent pas à de telles conclusions. La découverte exclusive de diplocoques ne permet pas de supposer raisonnablement qu'ils suffisaient pour produire un degré de septicémie aussi élevé que celui du malade, quoique plus tard nous ayons découvert des staphylocoques. Quant à la découverte du streptocoque, elle reste plutôt douteuse.

Le trait le plus intéressant était de savoir par où l'infection était entrée dans la circulation. Naturellement nous savons, que la voie la plus commune est la transmission au sinus par la nécrose osseuse et je pense que j'ai fait une opération complète en mettant à nu le sinus des deux côtés, afin de découvrir une telle voie d'infection; mais il est possible que je ne sois pas allé assez avant. Cela a été démontré par les travaux d'autres opérateurs, et il est possible que j'aie laissé échapper le point de pénétration. La possibilité de pénétration du pus dans le cerveau par la voie de l'oreille interne ou du labyrinthe quoique j'y aie pensé ainsi que d'autres, n'est pas bien établie si nous considérons qu'il n'y avait rien pour l'indiquer. Il n'y avait aucun symptôme intra-cranien. J'entends par là qu'il n'y avait pas de symptômes de participation cérébrale ou cérébelleuse. Le pus entrant dans la cavité crânienne par la voie de l'oreille interne, passe habituellement à travers le méat auditif interne dans la fosse cérébelleuse. Si une collection de pus en cet endroit, suffisante pour occasionner la mort sous la forme d'un abcès, avait existé, nous aurions pu la reconnaître à ses signes d'abcès cérébelleux. Jamais le malade n'eut une température au-dessous de la normale, de lenteur du pouls, de vomisse-

ments, de convulsions ni rien qui indiquât une affection cérébrale. Il n'y avait absolument pas de paralysie. Il n'y avait aucun degré d'excitation d'aucun muscle du corps. Il n'y avait aucune modification des pupilles qui toutes deux réagissaient normalement à la lumière. Bref, il n'y avait pas de quoi fonder un diagnostic de complication intra-cranienne. Nous n'avons trouvé aucune nécrose dans la mastoïde entière, et je crois qu'elle était aussi complètement ouverte que possible. Je ne crois pas que l'absorption aurait pu se faire en ce point, mais qu'elle aurait bien pu passer par l'antre et la caisse du tympan, qui étaient visiblement enflammés.

Séance du 13 février 1906.

Président : OTTO. T. FREER

HERMAN STOLTE (Milwaukee Wis). — L'opération radicale de Denker au niveau de l'antre d'Highmore représente-t-elle un progrès dans la chirurgie du sinus ?

Discussion.

W. E. CASSELBERRY. — Ne serait-il pas possible de faire la résection du cornet pendant l'anesthésie qui précède l'opération principale ?

Deuxième question. — Pouvons-nous toujours avec une certitude raisonnable compter sur l'absence complète d'une difformité faciale, comme c'était le cas pour le malade du Dr Stolte ? Je craindrais la formation d'une dépression au niveau de l'aile du nez.

La description de Denker me fait une impression favorable. Il est certain que nous désirons beaucoup une opération plus satisfaisante pour l'empyème chronique que nous ne l'avons eue jusqu'ici. L'opération de Luc pratiquée exactement comme l'auteur l'a décrite est dans ses diverses modifications incertaine quant à la possibilité d'une récurrence. L'opération qui a donné les meilleurs résultats est la vieille opération ouverte, mais que je complète par une large ouverture antro-nasale. Il y a une modification de cette opération dont j'ai eu à me louer, c'est, au

lieu de pratiquer la grande ouverture antro-nasale dans le méat nasal inférieur, de la faire à travers la partie même de la paroi dans le méat moyen, mais très grande. Alors elle reste plus facilement ouverte que dans le méat inférieur. Lorsqu'il est nécessaire seulement de compléter l'opération radicale et le curetage de l'antre, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de différence dans le rendement du drainage, que l'ouverture agrandie dans le nez soit ou non tout au fond de la cavité, pourvu qu'elle soit grande, libre et permanente.

F.-G. STUBBS. — Il me semble, que nous devons avoir des idées personnelles sur la guérison de tels cas. Je ne crois pas qu'elle soit aussi rapide que dans le cas présent, car il y avait eu une opération préalable et par conséquent il n'y avait pas une aussi large surface dénudée à combler. Dans la notice de Denker, les trois cas rapportés n'avaient été opérés que depuis un mois à cette époque, et il déclare qu'il y avait encore une sécrétion muqueuse. Il ne semble pas possible qu'une surface dénudée, aussi vaste qu'on la fait généralement dans cette opération, puisse être entièrement guérie en moins de trois semaines au moins.

Dans un de mes cas récents, opérés d'après la méthode modifiée Luc-Caldwell et dans laquelle les cellules ethmoïdales antérieures furent enlevées, le malade quitta la ville au bout de dix jours avec la plaie buccale entièrement guérie. L'antre fut irrigué pendant quatre mois et quand on cessa les irrigations, il n'y avait qu'une croûte chaque jour, de la dimension de l'ongle du petit doigt, mais pas d'écoulement. En examinant le malade près d'un an après l'opération, j'ai trouvé seulement un peu d'humidité autour du canal frontal. De sorte qu'il est probable que l'autre fut guéri en trois mois au moins. Je crois que cette durée approche probablement de celle qui est nécessaire dans la plupart des cas opérés par la méthode de Caldwell-Luc. Indubitablement ce temps sera beaucoup abrégé par la méthode de Denker. Car on peut voir toutes les parties de l'antre et hâter ainsi la guérison par les soins appropriés.

Pour défendre l'opération Caldwell-Luc, je dirai, après l'avoir étudiée sur quinze ou vingt cadavres, qu'il est possible d'examiner complètement à l'œil nu toutes les parties de l'antre, pourvu qu'on ait enlevé assez de la paroi antérieure, et que par là on puisse curetter tout le tissu infecté. En outre, si la paroi nasale est enlevée en avant vers l'ouverture pyriforme, on peut voir une partie de l'intérieur de l'antre par l'ouverture antérieure du nez et le reste

à l'aide d'un petit miroir introduit dans la narine. Et l'ouverture nasale ne se fermera ni se rétrécira par des granulations si nous conservons le revêtement muqueux du méat inférieur et si nous nous en servons comme d'un couvercle à rabattre sur le plancher de l'antra, après ablation complète de la paroi osseuse. Comme le plancher de l'antra et du nez sont dans la plupart des cas au même niveau, il ne restera pas de crêtes derrière lesquelles s'accumulent les sécrétions et en se mouchant on débarrassera le nez et l'antra.

Bœninghaus et plus tard Behrens, de New-York, ont conseillé de faire un plus grand couvercle en décollant par dissection l'os du cornet inférieur et en utilisant son revêtement pour faire un plus large couvercle. J'imagine qu'il serait assez difficile d'appliquer ce procédé sur le vivant, en présence de l'hémorrhagie abondante.

Mais je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'avantage. Si le plancher est couvert, les conditions essentielles sont remplies et l'ouverture nasale ne peut pas se rétracter. Je n'ai fait qu'une fois l'opération de Denker sur le cadavre mais je trouve qu'elle simplifie à la fois et abrège la durée de l'opération intra-antrale. Il ne faut qu'une minute ou deux pour décoller la muqueuse du méat inférieur et d'une partie du plancher du nez. Le ciseau peut alors être poussé rapidement de l'angle inférieur de l'ouverture le long du plancher du nez, à travers la paroi de l'antra sans crainte de lacérer la membrane. On peut encore le faire partir de la partie antérieure et couper une étroite lamelle du coin inférieur de l'ouverture et alors avec une paire de ciseaux on enlèvera autant qu'on voudra de la paroi, y compris le cornet inférieur si l'on veut.

Denker recommande l'ablation du tiers antérieur du cornet trois ou quatre jours auparavant. Il est alors plus facile de ménager convenablement le couvercle de la muqueuse. Outre la facilité d'opération on peut atteindre plus directement les cellules ethmoïdales. En cas de traitement post-opératoire, cette méthode donne parfaitement accès à toutes les parties de l'antra et par là assure un traitement convenable et direct.

L'objection faite qu'une dépression à l'angle du nez pourrait être le reliquat de cette intervention, ne peut pas être faite si peu de temps après l'opération. Kirschman a conseillé de laisser une bordure osseuse à l'ouverture pyriforme pour éviter la possibilité d'une escarre à cet angle du nez et la vue de l'antra n'en est pas beaucoup plus gênée. Tout compté, je crois que l'opération de Denker est un progrès sur l'opération Caldwell-Luc et ses modifications.

LOUIS OSTROM (Rock-Island). — Mon expérience se borne à vingt-cinq ou trente opérations sur le vivant et environ deux cents sur le cadavre. Dans deux opérations j'ai réséqué la $1/2$ ou les $2/3$ antérieurs du cornet inférieur ; alors appliquant la technique de l'opération sous-muqueuse, j'ai fait un couvercle de la muqueuse de la paroi interne du méat. De l'attache du cornet inférieur j'ai amené l'incision antérieure jusqu'au plancher le long de la marge antérieure de l'ouverture pyriforme, et ensuite à mi-chemin en travers du plancher nasal. — L'incision postérieure fut pratiquée en bas et en avant à travers le plancher nasal, et fit un couvercle qui fut complètement détaché. Alors fut pratiquée l'opération ordinaire de Caldwell-Luc au niveau de l'antre. On dit que l'angle antérieur est la région pénible, pratiquement inaccessible à toutes les opérations. C'est à cet égard que je mentionne les deux opérations. Je fis construire une gouge sur le modèle d'une tarière d'une courbure telle que je pusse en saisir fermement le centre, abaissant l'extrémité opposée dans l'alignement du tranchant de la gouge, d'après le principe dental de transmission en droite ligne. Cette gouge permet à volonté de creuser plus ou moins dans un angle de 45° , vers la face, à l'intérieur de l'antre à travers l'ouverture de Caldwell-Luc. — Avec cette gouge, l'angle antérieur peut être absolument oblitéré et la paroi antérieure de l'antre rendue complètement lisse en laissant à la marge de l'ouverture pyriforme telle dimension qu'on désire. — On peut alors curetter les cellules ethmoidales et sphénoïdales. L'opération de Denker est trop radicale, excepté dans les cas très graves où l'os est nécrosé, mais alors elle constitue certainement un grand progrès dans notre technique. Je crois qu'en laissant autant d'os que je peux, je sauve au moins l'ouverture pyriforme. J'ai vu à Boston faire nombre d'opérations exploratrices sur le sinus frontal, puis remplir le sinus de paraffine. On permet aux granulations d'expulser peu à peu la paraffine. On prétend que le procédé ne laisse pas de cicatrices.

OTTO FREER. — Je désire encore recommander l'opération que j'ai présentée à cette société ; l'ablation d'une grande partie de la paroi nasale de l'antre, par voie intra-nasale, à partir du méat inférieur, après résection de la $1/2$ ou des $2/3$ antérieurs du cornet inférieur. Quant à la méthode qui consiste à pratiquer une ouverture dans le méat moyen, elle est bonne pour les cas comparativement récents d'empyèmes du sinus maxillaire où quelques irrigations viendront à bout de l'incident ; elle ne présente pas un drainage suffisant pour les cas invétérés

pour cette raison que durant la plus grande partie de la journée, le malade est debout et l'écoulement par conséquent doit s'accumuler dans le sinus jusqu'à ce qu'il atteigne le niveau de l'ouverture. C'est seulement pendant qu'il est couché sur le côté du corps opposé à l'antre malade qu'il peut être question de drainage par une ouverture du méat. Au contraire, l'opération que j'ai décrite, accomplie à l'aide d'une tréfine et d'une fraise mues par le moteur dental (*Laryngoscope*, mai 1903, p. 343; *Chicago medical recorder*, juillet 1903; *Illinois medical journal*, juin 1903, p. 557) fait une large ouverture dans la paroi nasale de l'antre, descendant jusqu'au niveau du plancher nasal; ouverture assez grande pour le curetage si c'est nécessaire, et permettant l'examen. D'après mon expérience, elle n'a pas de tendance à la fermeture. L'ablation d'une si grande portion de la paroi nasale non seulement draine mais ventile librement l'antre. Ce dernier résultat est très important pour ramener à l'état normal la muqueuse pathologiquement altérée. Zuckerkandl et Zarniko expliquent les mauvais effets de l'absence de ventilation sur la muqueuse suppurante de l'antre dans les nombreux cas où l'ouverture est fermée à la ventilation par des causes telles que l'œdème de son revêtement, des polypes, l'hypertrophie du cornet moyen ou le remplissage hyperplastique de l'hiatus semi-lunaire. Il montre que le résultat d'une telle obstruction de l'ouverture de l'antre est l'absorption de l'air contenu dans sa cavité et par suite il se produit une aspiration de la muqueuse, c'est-à-dire une pression négative analogue à celle de la cavité tympanique lorsque la sous-muqueuse agissant comme une ventouse cause un phénomène analogue au niveau de la trompe d'Eustache.

Le résultat de cette raréfaction de l'air dans la cavité de l'antre est la congestion veineuse et l'œdème de la muqueuse. Une libre ventilation de la cavité de l'antre supprime ce vide partiel anormal, de sorte que la muqueuse œdémateuse et présentant une dégénérescence polypoïde peut revenir à l'état normal quand la pression négative ainsi que l'irritation produite par une sécrétion stagnante sont supprimées. Naturellement les changements pathologiques ont pu devenir extrêmes et comprendre la carie ou la nécrose de l'os, et dans ces cas l'opération plus extensive de Denker, est sans doute la meilleure des opérations radicales; mais des cas extrêmes de ce genre sont très rares et l'immense majorité peut être guérie par l'opération intranasale que j'ai décrite. Plus je l'emploie et plus j'en suis satisfait. Elle peut toujours se faire sous l'anesthésie cocaïnique et la fraise seule sans la pince

peut très bien agrandir l'ouverture jusqu'aux dimensions voulues. On est surpris de voir combien cesse promptement la suppuration; mes malades ont pu se passer de toute lotion au bout d'un mois ou de six semaines pendant lesquels ils n'employaient que la solution saline normale comme irrigations. Il n'y a pas de difficultés, comme je l'ai fait remarquer, à pénétrer dans l'antre avec une tréfine et une fraise droites. On peut voir nettement la paroi nasale après la résection du cornet inférieur, qui ne se pratique pas comme procédé préliminaire plusieurs jours auparavant; mais qui est un premier temps opératoire pratiqué immédiatement avant l'ouverture de l'antre. Il est facile de bourrer ce dernier avec une mèche de charpie bismuthée que l'on introduit par l'ouverture pratiquée. La seule objection possible à cette méthode c'est la destruction d'une partie de la muqueuse de la paroi nasale, de sorte que ce revêtement ne serait pas utilisable pour l'opération de Denker. Mes malades peuvent irriguer leurs antres et trouver l'ouverture après l'opération intranasale. Je leur fais employer de grands cathéters de la trompe d'Eustache pour cet usage.

STOLTE. — Pour ce qui est de l'ablation préliminaire du cornet inférieur, on pourrait la pratiquer dans la même séance que l'opération radicale; mais je préfère la pratiquer quatre ou cinq jours d'avance. En cautérisant les attaches du cornet on peut l'enlever avec peu d'hémorrhagie, et alors nous commençons l'opération principale. Nous avons une surface guérie n'offrant pas de bords rugueux où le tampon puisse adhérer plus tard. L'hémorrhagie dans toutes ces opérations est considérable, mais par ce moyen nous pouvons la réduire pendant la principale opération. Quant au second point, la prompte guérison: celle-ci dépend de deux choses; la première, que nous enlevions véritablement la totalité du tissu infecté sans dénuder inutilement l'os et en conservant en même temps tous les revêtements sains.

D'autre part, nous curetons complètement le plancher de l'antre qui est particulièrement infecté, recouvrant l'os dénudé d'une languette de muqueuse. Pendant le traitement consécutif nous pouvons voir la cavité entière de l'antre et nous pouvons cautériser tous les points qui sembleraient devoir suppurer. Ainsi nous pouvons guérir plus rapidement que par la méthode de Luc, naturellement il y aura toujours un peu de sécrétion dans ces cas pendant la première quinzaine mais il n'y a pas de pus. En outre, un point important pendant l'opération est de ne pas lacérer le périoste de la paroi faciale mais de le détacher très soigneusement, puis de le

fixer sur le reliquat du pli labio-gingival. La conservation d'un mur externe résistant dépend de la conservation du périoste. En ce cas, j'ai très bien réussi à le faire et cela explique à mes yeux la promptitude de la guérison. Je crois que ne l'on verra aucune difformité dans un ou deux ans d'ici. Dans 2 autres cas, le résultat a été le même que dans celui-ci. La promptitude de la guérison dépend de la fréquence des irrigations de l'antre avec la solution saline normale, de manière qu'il n'y ait aucune accumulation de sécrétions. Le patient le faisait toutes les deux heures.

J. T. CAMPBELL. — Un cas de syphilis primaire du nez.

Discussion.

W.-E. CASSELBERRY. — Je n'ai pas vu de chancre nasal, mais j'ai vu dans les 3 cas cet exsudat fibrineux caractéristique sur le septum et les cornets, comme manifestation de syphilis secondaire. L'exsudat était tellement abondant qu'on pensait immédiatement à une diphtérie nasale. Je suis porté à croire qu'il y a ici un point de diagnostic à ne pas perdre de vue, c'est que l'auteur de la communication a décrit ce cas de lésion initiale du chancre comme ayant été toujours recouvert d'exsudat. Je ne mets pas en question le diagnostic, mais je fais simplement observer qu'un exsudat analogue n'est pas rare dans les lésions syphilitiques du nez à la seconde période.

THOMAS FAITH. — Un cas de Rhinolithé.

Discussion.

W. CASSELBERRY. — Je désire appeler l'attention sur un point de ce diagnostic. Un corps étranger dans la narine produit de la suppuration, et un écoulement purulent nasal chronique traduit une suppuration du sinus. Donc penser à un corps étranger nasal aussi bien qu'à une suppuration sinusale.

O.-J. STEIN. — J'ai enlevé un corps étranger analogue. Avec une pince, je l'ai extrait de son lit situé à la fonction du 4/3 postérieur du cornet inférieur droit. Sa couleur était noire et il présentait l'aspect d'un morceau de coke. Il y avait dix ans qu'il était dans le nez. L'unique symptôme était un écoulement séro-sanguin mais

non purulent, pas de douleurs, pas d'excoriation au niveau de la narine. Le malade ignorait totalement son introduction.

F.-G. STUBBS. — Il y a environ 6 ans, j'ai vu un homme qui avait essuyé un coup de feu ; une balle de revolver entra dans la joue mais on ne put la retrouver alors. Six mois après, cet homme souffrait et vint à ma clinique. A l'examen, je trouvai la balle faisant saillie dans le méat inférieur. J'en fis facilement l'extraction avec une pince ; le malade n'avait observé d'écoulement nasal qu'un mois avant de venir me voir.

ANALYSES

I. — PHARYNX

Diagnostic des tumeurs du cou et du médiastin, d'après l'examen laryngoscopique, par PIENIAZEK (*Revue hebdomadaire de laryngol., etc.*, 31 mars 1906).

Les maladies des organes voisins du larynx et de la trachée peuvent y produire trois sortes de troubles consécutifs :

1° Les inflammations aiguës produisent souvent un œdème collatéral sur la face antérieure de l'épiglotte, les replis ary-épiglotiques, les bords des cordes vocales.

2° La seconde espèce de troubles sont les troubles fonctionnels dus à la compression des nerfs laryngés : dans ce groupe, c'est surtout la paralysie du nerf récurrent qui est importante.

Lorsque cette paralysie est le symptôme unique, sans autres symptômes morbides, il faut songer surtout à une tumeur du médiastin, anévrysme, tuberculose des ganglions, cancer de l'œsophage. On ne peut faire que des suppositions basées sur l'âge, les antécédents, la radioscopie. Si la paralysie reste isolée, sans que l'on constate une tumeur dans le médiastin, il faut penser à une maladie du système nerveux.

La paralysie isolée du muscle crico-aryténoïdien postérieur se rencontre plus souvent dans les cas de tabes, syringomyélie ou syphilis de la moelle allongée, que dans ceux de compression.

Dans les cas où la paralysie du récurrent est accompagnée d'une paralysie d'autres nerfs cérébraux, le diagnostic est plus facile. Il s'agit de paralysie périphérique dans le cas de compression avec le laryngé supérieur ou le glosso-pharyngien. Des troubles d'autres nerfs plus éloignés sont atteints dans le cas de paralysie centrale.

Les paralysies partielles bilatérales du récurrent, portant sur le muscle crico-aryténoïdien postérieur, sont dues surtout au tabes, à la syringomyélie, à la syphilis. Si les deux nerfs récurrents sont complètement paralysés, c'est habituellement à la suite d'une

compression, et surtout à la suite d'un cancer de la paroi antérieure de l'œsophage.

Les cas où les muscles laryngés ne succombent pas à la paralysie dans l'ordre habituel, crico-aryténoïdien, puis thyro-aryténoïdien, enfin adducteurs, relèvent d'affections nerveuses et non de compressions.

3° Un troisième groupe de troubles résulte de *compression ou de déviation de la trachée*.

Au niveau du cou, le plus souvent c'est le goitre qui presse la trachée : une forme caractéristique est alors la compression de l'extrémité supérieure de la trachée allant d'un côté et du devant à l'autre côté et en arrière ; de même la lumière trachéale peut prendre la forme d'une fissure triangulaire à base postérieure. Quelquefois une tumeur goitreuse peut glisser subitement sous le sternum et comprimer la trachée.

La compression de la paroi postérieure, dans le cou ou dans le médiastin, est due surtout à un cancer de l'œsophage, parfois par une glande lymphatique tuberculeuse, ou par le lymphosarcome ; le cancer est surtout probable quand cette compression est combinée à la paralysie du nerf récurrent.

Les tumeurs du médiastin situées près de la trachée peuvent la comprimer surtout de côté ; elles la repoussent latéralement et ne la compriment que lorsqu'elles sont volumineuses. Si elles sont à gauche, elles peuvent atteindre aussi le récurrent. Les cancers peuvent non seulement comprimer la trachée par côté, mais la pénétrer ; ils seront ainsi plus facilement reconnus à l'examen laryngoscopique. S'il y a une forte compression des parties cartilagineuses de la trachée, sans infiltration, il ne s'agit ordinairement pas de cancer. Les cancers compriment surtout la paroi postérieure. L'anévrysme comprime la partie antéro-latérale gauche de l'extrémité inférieure de la trachée, et entraîne la paralysie du récurrent gauche. La compression de la paroi antérieure au-dessus de la bifurcation est due aussi le plus souvent à un anévrysme. La pulsation vue sur la paroi trahit aussi l'anévrysme, ainsi que la coloration rouge foncé de la paroi.

La compression des bronches peut être produite par les mêmes tumeurs que celles de la trachée. S'il y a compression de la bronche et du récurrent, il s'agit d'anévrysme ; s'il y a seulement compression de la bronche, il s'agit d'une glande tuméfiée.

Ainsi l'examen laryngoscopique et trachéoscopique peut nous servir de guide dans le diagnostic des tumeurs du médiastin : il n'est cependant pas suffisant pour la plupart des cas. A. HAUTANT.

Vice grave de l'articulation des mots consécutif à une juxtaposition défectueuse des maxillaires et guéri par les exercices orthophoniques, par BRINDEL (*Revue hebdomadaire de laryng., etc.*, 10 mars 1906).

Un enfant âgé de 9 ans avait une voix fortement nasonnée et dont la plus grande partie des syllabes était émise par le nez, même les consonnes dites soufflantes soutenues (f, s), et leurs dérivées phonantes mixtes (v, z). Chez cet enfant, la mâchoire inférieure était sur le même plan que la supérieure, et, de plus, les incisives, petites et mal conformées, étaient écartées l'une de l'autre. En second lieu, le voile du palais flasque ne se relevait pas à l'émission des voyelles. Pour apprendre à l'enfant à utiliser son voile, on lui fermait hermétiquement les narines. On utilisa l'observation optique pour lui montrer la position des lèvres, et on fit aussi l'éducation de l'oreille pour l'habituer à l'audition nette des sons. Guérison en quinze séances.

A. HAUTANT.

La statistique des végétations adénoïdes, par H. BURGER (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin.*, 3 mars 1906).

A l'occasion d'une statistique faite en Hollande par ordre du ministre de l'Intérieur, sur la fréquence des végétations adénoïdes, H. Burger examine de quelle façon doit être faite une statistique exacte des végétations adénoïdes.

Une première série de statistiques sont uniquement basées sur l'aspect extérieur : telles sont celles de Meyer, Doyer, Bezold, Denker, et celle du corps enseignant hollandais. Leur résultat est que 6 % des écoliers sont atteints de végétations adénoïdes.

Une seconde série est basée sur l'examen des signes extérieurs, y compris l'ouïe. Telle est la statistique de Baratoux, qui accuse 16 %.

Enfin, une troisième série utilise les méthodes d'examen direct : Schmiegelow, Strandbygaard, Struckmann, Wilbert se servent seulement du toucher digital ; Kafeman, Frankenberger, Zaalberg utilisent la rhinoscopie ; Winckler, Stangenberg, Hennebert, Cheatle emploient la rhinoscopie et le toucher. La moyenne de toutes ces statistiques aboutit à une proportion de 29 %.

Les modifications de la voix sont un mauvais signe. L'habitus adénoïdien peut manquer ; quelquefois le diagnostic d'adénoïdisme basé seulement sur les signes extérieurs peut conduire à des conclusions erronées, par exemple chez certains enfants neurasthé-

niques. Il faut donc se baser sur le toucher et surtout sur la rhinoscopie, moyen moins brutal. A cette occasion, Burger réfute l'objection que les adénoïdes qui sont trop peu développées pour donner lieu à des symptômes extérieurs doivent rester hors de compte dans une statistique.

Burger distingue par la rhinoscopie postérieure trois degrés d'hypertrophie, suivant que le gonflement atteint le bord supérieur des choanes, le tiers supérieur ou la moitié. Il remarque, avec Zarniko, que le volume des végétations est toujours plus élevé que ne le montre la rhinoscopie.

A. HAUTANT.

Sur l'innervation motrice du voile du palais, par G. GRADENIGO (*Arch. ital. di otol., etc.*, nov. 1905, vol. XVII, fasc. 1, p. 22).

Réthi a montré que, contrairement à l'opinion ancienne, le voile du palais n'est pas innervé par le facial ; il reçoit ses nerfs comme le larynx, du vague, par l'intermédiaire des rameaux pharyngiens ; les fibres que, par l'intermédiaire du grand nerf pétreux et du nerf vidien, le facial envoie aux nerfs palatins sont des fibres sensitives et non motrices.

Les observations cliniques confirment l'innervation du voile par le vague : Lermoyez en a publié une démonstrative. Gradenigo vient d'en recueillir une analogue.

Un vieillard, souffrant depuis quatre mois d'une otite moyenne purulente droite compliquée de symptômes de pyohémie dus à une thrombose infectieuse du sinus avec suppuration au niveau du bulbe de la jugulaire, présentait une paralysie complète de la corde vocale droite et de la moitié droite du voile du palais ; la langue était légèrement déviée à gauche ; le facial était absolument indemne. Il existait donc une compression des nerfs sortant par le trou jugulaire ; l'hypoglosse semblait participer dans une certaine mesure au processus morbide. Il existait une paralysie marquée du sterno-mastoïdien et du trapèze.

M. BOULAY.

Une lésion rare des fossettes de Rosenmüller, cause d'haleine fétide, par GAVELLO (de Turin) (*Arch. ital. di otologia; etc.*, vol. XVII, fasc. 2, p. 143, décembre 1905).

Une femme de 58 ans présentait depuis un an et demi une haleine fétide qu'on attribuait, sans raison, d'ailleurs, à une cause gastrique ; la malade n'accusait d'autres troubles que des accès de toux sèche provoqués par un chatouillement pharyngé.

Pas d'autre lésion dans la bouche, le nez, le pharynx, qu'une tache jaune de 1 centimètre de diamètre sur la paroi latérale du pharynx nasal, en arrière et un peu au-dessus de la lèvre postérieure du pavillon tubaire droit ; à gauche il existait une plaque analogue, mais plus petite.

Une sonde recourbée, introduite dans le cavum, sous le contrôle du miroir, pénétrait au niveau de ce point dans une substance molle et jaune, dont les particules, adhérentes à la sonde, présentaient l'odeur fétide de la rhinite caséuse ou de l'ostéite syphilitique du nez.

Le contenu des fossettes fut extrait en entier à l'aide d'une cuvette latérale de Luc : c'était une substance caséuse, homogène, gris verdâtre, du volume d'une amande. La fétidité disparut aussitôt, mais reparut quelques semaines après. Le nettoyage des fossettes dut être recommencé à plusieurs reprises les mois suivants avec le même succès.

La substance caséuse renfermait de nombreux cocci et le bacillus fluorescens putridus.

On devait attribuer sa formation à deux causes principales : 1° une anomalie de conformation des fossettes de Rosenmüller présentant une profondeur inaccoutumée comme dans la variété morphologique dénommée diverticule de Pertik ; 2° une inflammation de la muqueuse de revêtement de la fossette.

L'auteur n'a trouvé dans la littérature que 2 cas de Killian analogues au sien.

M. BOULAY.

NOUVELLES

Correspondance.

Grâce aux contributions de la commune de Copenhague comme à la générosité aimable de nombreux confrères à l'Etranger et en Danemark, la clinique oto-laryngologique de l'hôpital communal de Copenhague a réussi à fonder une bibliothèque contenant à présent deux mille petits traités et tirés à part, plus cent cinquante volumes de manuels, monographies, atlas, etc., dont un catalogue systématique a été fait.

En saisissant l'occasion d'adresser de nouveau mes meilleurs remerciements à mes nombreux confrères de la spécialité à l'étranger et surtout à ceux d'entre eux que ma lettre personnelle de remerciement n'aurait pu trouver, je me permets de prier tous mes confrères de la spécialité de bien vouloir continuer à témoigner leur bienveillance à notre bibliothèque par l'envoi de leurs traités, tirés à part, etc.

Notre bibliothèque possédant une certaine quantité d'ouvrages en double serait volontiers disposée à les échanger avec des bibliothèques semblables comme à prêter des livres, etc. en sa possession à d'autres bibliothèques spéciales, à titre de réciprocité.

HOLGER MYGIND.

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Bericht über die otologische Abteilung im Jahre 1094, par MARTIN MAGNUS (Extr. de *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. LXVII).

Laryngoscopia subglottica, par GERBER (Extr. de *Arch. f. Laryng.*, Bd. XVIII, heft 2, 1906).

Ueber angeborene, gutartige, intranasale Neubildungen, par MARTIN MAGNUS (Extr. de *Arch. de laryng.*, Bd. XVII, Heft 1, 1906).

Klinische Beobachtungen im Jahre 1904, par G. COHN (Extr. de *Arch. f. Laryngol.*, Bd. XVIII, Heft 1, 1906).

Über die Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyème, par G. COHN (Extr. de *Therap. Monatshefte*, févr 1906).

Die Milchsäure in der Otiatrie, par VICTOR LANGE (Extr. de *Therap. Monatshefte*, déc. 1906).

Die Laryngologie als selbständige Spezialität, mit besonderer Rücksicht auf ihre heutige Stellung in Deutschland, par VICTOR LANGE (Extr. de *Therapeutisch Monatshefte*, janv. 1907).

Etudes sur les injections de vaseline et de paraffine, par J. BROEKARST (Gand), Hayez, 112, rue de Louvain, Bruxelles, 1906).

Die Erfahrung der Heidelberger Ohrenklinik über Labyrinthitis und ihre Behandlung klinische und bakteriologische Beobachtungen über akute Mittelohrentzündungen, par KÜMMEL (Heidelberg) (Extr. des *Comptes rendus de la Société allemande d'otologie*, 1-2 juin 1906).

Ohrenkrankheiten, par KÜMMEL (Extr. de *Chirurgie des praktischen Arztes*, par EBSTEIN et SCHWALBE, 2^e édition, 1906).

Die Verletzungen und Erkrankungen des Pharynx, par KÜMMEL et VON BERGMANN (Extr. de *Manuel de chirurgie pratique*, par V. BERGMANN et V. BRUNS, 3^e édition, 1907, Bd. I).

Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, par KÜMMEL (Extrait de *Manuel de chirurgie pratique*, par V. BERGMANN et V. BRUNS, 3^e édition, 1907).

Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen des Ohres, par KÜMMEL (Extr. de *Manuel de chirurgie pratique*, par V. BERGMANN et V. BRUNS, 3^e édition, 1907).

Fibro-épithéliome kystique de la voûte pharyngée, par R. HAHN et AUS. SACERDOTE, Hayez, éditeur, Bruxelles, 1906.

Traité des maladies de la voix chantée, par A. PERRETIÈRE, Poinat, édit., 12, rue Jacob, Paris.

Pneumatocèles spontanés d'origine mastoïdienne, par HENRI TESTE, Rey, éditeur, 4, rue Gentil, Lyon, 1907.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ. — Sirop, Vin, Granulé.



OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HÔPITAUX de PARIS
Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pansemen)

Medicament spécifique des **MIGRAINES**

et des **NÉVRALGIES REBELLES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

